

Санкт-Петербургский государственный университет

ЗУБКОВА Софья Германовна

Выпускная квалификационная работа

**Влияние профессиональной гигиены на состояния полости рта у
пациентов с заболеваниями пародонта**

Уровень образования:

Направление 31.05.03 «Стоматология»

Основная образовательная программа СМ.5059.2015 «Стоматология»

Научный руководитель:

к.м.н., доцент

Туманова Светлана Адольфовна

Внешний рецензент:

к.м.н., доцент, главный врач

ООО «Парадная пародонтология»

Леонова Елена Васильевна

Санкт-Петербург

2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	3
ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР.....	7
1.1 Основные аспекты этиологии и патогенеза воспалительных заболеваний тканей пародонта	7
1.2 Клинические методы диагностики воспалительных заболеваний пародонта	11
1.3 Методы и средства профилактики воспалительных заболеваний пародонта	15
1.4 Мотивация пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта	21
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	26
2.1 Характеристика исследуемых групп пациентов	26
2.2 Этапы проводимого исследования	27
2.3 Оценка стоматологического статуса пациентов	28
2.3.1 Клинический метод исследования	29
2.3.2 Рентгенологический метод исследования	33
2.4 Оценка уровня мотивации.....	33
2.5 Статистические методы исследования	34
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	35
3.1 Оценка стоматологического статуса на этапах исследования	35
3.2 Оценка эффективности лечения в двух группах	42
3.3 Результаты анкетирования	45
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	47
ВЫВОДЫ.....	51
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	52
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	53
ПРИЛОЖЕНИЕ	63

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВЗП – воспалительные заболевания пародонта

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ИГПР – индивидуальная гигиена полости рта

МКБ – Международная классификация болезней

ПГПР – профессиональная гигиена полости рта

СО – слизистая оболочка

СОПР – слизистая оболочка полости рта

СтАр – Стоматологическая Ассоциация России

Muhlemann – индекс кровоточивости десны

ОHI-S – упрощенный индекс гигиены Грина-Вермилльона

РМА – папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс

ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день воспалительные заболевания тканей пародонта занимают одно из лидирующих мест среди наиболее часто встречающихся стоматологических патологий как на территории России, так и за рубежом. По данным международной группы экспертов ВОЗ воспалительными заболеваниями пародонта (ВЗП) страдает около 98% взрослого населения всего мира (Ашуров К.И., 2012; Дмитриева Л.А., 2014; Eke P., Dye B., Wei L., 2012; Marsh P.D. et al., 2016; Dogusal G., 2018).

В последние годы проблема ВЗП приобретает особую актуальность в связи с неуклонным ростом данной патологии у лиц молодого и среднего возраста. Согласно результатам многочисленных эпидемиологических исследований самым распространенным заболеванием у представителей молодого возраста является гингивит (Проценко и др., 2010; Водолацкий М.П., 2012; Макеева И.М., 2013; Zhanga Y., 2018). Частота гингивита достигает почти 100%, причем чаще всего поражаются дети в возрасте 14-16 лет, а также лица до 25-30 лет (Кисельникова Л.П., 2016; Белоклицкая Г.Ф., 2017; Masamatti S.S., 2012; Siddharth M., 2013). У людей старшего возраста среди ВЗП превалирует развитие пародонтита и смешанных форм (Иорданишвили А.К., 2010; Романова И.Б., 2016). Авторы отмечают, что в возрастной категории от 45 до 65 лет человек в среднем теряет около 15-20 зубов, значительная часть которых удаляется по причине пародонтита (Акулович А.В., 2017).

В связи с высокой сложностью ВЗП, обусловленной полиэтиологической природой, широкой распространенностью, склонностью к прогрессированию, значительной трудностью в достижении стойкой ремиссии и тенденцией к омоложению, отмечается особая значимость в своевременном проведении лечебных и профилактических мероприятий данной группы патологий (Веденеева Е.В., 2010; Лабис В.В., 2013; Лукиных Л.М., 2013; Ушаков Р.В., 2017; Ковалевский А.М., 2018).

Ряд отечественных и зарубежных исследователей отмечают, что большая роль в развитии воспалительных заболеваний тканей пародонта принадлежит микробному налету, колонизирующему на поверхности зуба (Грудянов А.И. и др., 2010; Abusleme L., 2013; Baek K., 2017). Низкий уровень знаний о выполнении индивидуальной гигиены полости рта и отсутствие должного уровня механической очистки ведут к быстрому увеличению числа патогенных микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности, что провоцирует развитие хронического воспаления в тканях пародонта (Дмитриева Л. А., 2014; Зорина О.А. и др., 2011; Лабис В.В. и др., 2013). Длительно существующий налет подвергается минерализации с образованием зубного камня, шероховатая поверхность которого является причиной механической травмы десны. Именно поэтому основой профилактики ВЗП является своевременное и качественное проведение профессиональной гигиены полости рта, которая также служит начальным и важным этапом лечения пациентов с данным видом патологий (Кузьмина И.Н. и др., 2009; Островский А.В., 2014).

При правильных совместных действиях врача-стоматолога в клинике и пациента в домашних условиях начальные признаки воспаления могут исчезнуть в короткий срок, а более тяжелые формы воспалительных заболеваний с развившейся деструкцией тканей пародонта не будут прогрессировать (Гуляева О.А., 2016; Гилева О.С., 2018; Herbert F. Wolf et al., 2008).

Несмотря на многочисленность исследовательских работ, доказывающих взаимосвязь между состоянием тканей пародонта и уровнем индивидуальной гигиены ротовой полости, а также наличие большого количества различных средств гигиены, представленных на современном рынке, гигиенический уход у большей части населения остается неудовлетворительным.

Для того чтобы эффект от процедур приводил к желаемому результату, пациент должен иметь высокий уровень убежденности и заинтересованности

как в собственном выздоровлении, так и в проводимых лечебных мероприятиях. Наиболее действенной в предупреждении заболеваний пародонта является профессиональная гигиена полости рта, включающая обучение правилам индивидуального ухода, контроль за их выполнением, а также постоянную мотивацию пациента в ходе всего курса лечения. Наличие четких и последовательных рекомендаций по уходу за полостью рта способствует повышению приверженности пациентов к лечебно-профилактическим мероприятиям.

Цель исследования: изучить эффективность профессиональной гигиены полости рта при лечении воспалительных заболеваний пародонта и влияние мотивационных мероприятий на улучшение качества индивидуальной гигиены.

Задачи исследования:

- 1) оценить эффективность профессиональной гигиены полости рта при лечении пациентов с диагнозом хронический гингивит;
- 2) сравнить эффективность лечебных мероприятий и качество индивидуальной гигиены у пациентов, получавших стандартные рекомендации, и у лиц, получавших дополнительные мотивационные рекомендации;
- 3) изучить мотивацию и приверженность к стоматологическому лечению у пациентов разных групп на основе анкетирования.

Практическая значимость

Практическая значимость исследования заключается в доказательстве эффективности профессиональной гигиены полости рта как метода лечения воспалительных заболеваний пародонта и необходимости дополнительной мотивации пациентов к поддержанию высокого уровня индивидуальной гигиены полости рта как средства профилактики стоматологических заболеваний.

ГЛАВА 1. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

1.1 Основные аспекты этиологии и патогенеза воспалительных заболеваний тканей пародонта

В настоящее время воспалительные заболевания тканей пародонта имеют чрезвычайное распространение по всем миру. Высокое значение в их возникновении придается активной связи большого количества факторов совместно с преобладающим значением пародонтопатогенной микрофлоры, а также нарушению местного гуморального иммунитета (Грудянов А.И., 2009; Дмитриева Л.А., 2014; Большедворская Н.Е., 2017; Socransky S.S., 2005; Zhanga Y., 2018).

Все этиологические факторы, приводящие к возникновению воспалительных заболеваний пародонта, принято разделять на первичные, непосредственно вызывающие воспаление (к ним относят микрофлору полости рта), и вторичные, которые в свою очередь подразделяются на общие и местные факторы, повышающие восприимчивость организма к первичному комплексу. Данные факторы способны разнонаправленно влиять на здоровье ротовой полости и организма в целом (Булкина Н.В., 2012; Лукиных Л.М., 2013; Цепов Л.М., 2015; Baek K., 2017).

Согласно современной теории развития воспалительных заболеваний пародонта, ведущим фактором, запускающим процессы воспаления и деструкции тканей десны, считаются бактерии зубной бляшки. Скоплению микробного налета на поверхности зуба с одной стороны способствует неудовлетворительный гигиенический уход, либо полное его отсутствие, с другой стороны нарушение естественной самоочищающей способности ротовой полости, вследствие местных предрасполагающих факторов: повышенная вязкость слюны или гипосаливация, аномалии положения и смыкания зубов, короткие уздечки губ и языка, мелкое преддверие, кариозные зубы, нависающие края пломб, наличие ортодонтических аппаратов, вредные привычки и т.д. (Кузьмина Э.М. и др., 2016; Васильева Н.А., 2015).

Как отмечает Грудянов А.И. (2009), все вышеперечисленные факторы ухудшают вымывание микроорганизмов слюной, что способствует смещению нормального равновесия ротовой полости в сторону преобладания патогенной микрофлоры.

Ещё в 1965 году Loe и Silness было проведено экспериментальное доказательство бактериальной теории развития гингивита. Группе пациентов, участники которой не имели зубных отложений и воспалительных признаков, был отменен весь гигиенический уход за полостью рта. В результате исследования через 14-21 дней у всех участников появились обильные зубные отложения, и развился «умеренный экспериментальный гингивит», который быстро регрессировал после тщательного удаления налёта (Herbert F. Wolf et al., 2008).

В середине 70-х годов прошлого столетия свою популярность имела неспецифическая теория налета, согласно которой считалось, что заболевания пародонта возникают вследствие воздействия массы бактерий, содержащихся в зубном налете. Основным фактором заболевания являлось количество зубного налета, которое влияло на степень тяжести течения заболевания. Однако клиницисты отмечают тот факт, что есть пациенты с большим количеством отложений, у которых проявления заболевания незначительные, либо вовсе отсутствуют, а есть пациенты с высоким уровнем гигиены, но имеющие прогрессирующие формы пародонтита, что противоречит неспецифической теории налёта (Грудянов, А.И., 2010; Paster B.J., 2001).

В 1976 году Loessche была опубликована теория специфической микрофлоры, в которой было доказано влияние определенных видов микроорганизмов, запускающих процесс развития воспалительных заболеваний пародонта.

Однако стоит отметить, что обе теории (неспецифическая и специфическая) подразумевают под собой негативное воздействие микробного налёта на ткани пародонта.

Современное представление об этиопатогенезе воспалительных заболеваний пародонта основано на экологической теории зубной бляшки, согласно которой при развитии и прогрессировании воспаления учитывается и величина неспецифического налета, и влияние специфической микрофлоры (Socransky S.S, 2005; Simon-Soro A., 2013).

Доказано, что при развитии гингивита ещё до клинических проявлений происходит изменение состава биопленки, число бактерий по сравнению со здоровым пародонтом увеличивается в десятки раз. Преобладают представители факультативных грамположительных кокков с одновременным увеличением количества облигатных грамотрицательных анаэробов и смена кокковой флоры палочковидными формами. Микрофлора становится более разнообразной (Грудянов А.И., 2009; Herbert F. Wolf et al., 2008).

В 1996 году на Международном семинаре пародонтологии ведущими специалистами были названы четыре типа бактерий, участие которых в этиологии заболевания пародонта было научно доказано. Этими бактериями оказались *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia* и *Treponema denticola* (Ximenez Fyvie L.A., 2000; Yang H.W., 2004).

Основой патогенеза воспалительных заболеваний полости рта является опосредованная иммунологическая реакция организма в ответ на скопление специфической микрофлоры, контактирующего с тканями пародонта. Пародонтопатогенные микроорганизмы за счет выделяемых токсинов и ферментов являются инициаторами эндогенных механизмов воспаления. Продукты жизнедеятельности бактерий обладают целенаправленным повреждающим действием на окружающие ткани, вызывают развитие воспалительного процесса с последующим их разрушением при длительном действии микробного агента (Большедворская Н.Е., 2017; Цепов Л.М., 2015; Peter F. Fedi, 2008).

При воспалительных заболеваниях пародонта в кровь выделяются медиаторы воспаления, которые способствуют повышению проницаемости

кровеносных сосудов, и как результат появлению симптомов катарального или гипертрофического гингивита - гиперемии, отечности, болезненности десны. При отсутствии должного уровня гигиены, воздействие токсинов продолжается, что может привести к более серьезным повреждениям (Грудянов А.И., 2009; Дмитриева Л.А., 2014; Катола В.М., 2018; Hiranmayi K.V., 2017).

Ряд авторов отмечает, что помимо микробного фактора, в возникновении воспалительных заболеваний пародонта особое значение имеют общие факторы макроорганизма, которые являются фоном для развития воспалительного процесса. К ним относятся: наследственность, общесоматические патологии: эндокринные нарушения (сахарный диабет, патология гипофизарно-надпочечниковой системы, гипофункция половых желез), заболевания сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, системные заболевания соединительной ткани, аллергическая патология, прием лекарственных средств, периоды беременности и полового созревания, стрессы и неврозы, вредные привычки (курение, алкоголь, нарушение рациона) (Гожая И.Н., 2012; Елисеева С.Н., 2014; Теблосева Л.М., 2014; Катола В.М., 2018; Genco R.J., 2005).

Течение, интенсивность и выраженность воспалительного процесса в полости рта напрямую связаны с общим состоянием организма, чем тяжелее протекает общее хроническое заболевание, тем хуже течение воспалительных заболеваний тканей пародонта (Лукиных Л.М., 2013; Siddharth M., 2013).

В ряде стран (Норвегия, Швеция, Финляндия, Япония) проводились масштабные эпидемиологические исследования, которые позволили выявить взаимосвязь развития ВЗП с половыми, возрастными, а также расовыми особенностями. Было выявлено, что чаще всего заболевания пародонта встречаются у лиц мужского пола, причем независимо от возраста и места проживания (Armitage G.C., 2009; Lockhart P.B., 2012; Armfield J.M., 2013).

В 2005 году Heasman совместно с соавторами показали, что после проведения консервативной хирургии и прекращения курения, количество

пародонтопатогенных микроорганизмов имеет тенденцию к снижению, а уменьшение пародонтальных карманов было более выражено у некурящих людей, нежели чем у курящих (Albandar J.M. et al. 2000; Awan K.H., 2015; Joveini H., 2016).

В настоящий момент доказана взаимосвязь заболеваний пародонта с ожирением, при котором происходит увеличение окислительного процесса в тканях пародонта, что приводит к их деструкции (Haffajee A.D 2009).

Определена взаимосвязь заболеваний пародонта с хроническими заболеваниями почек, причем риск смерти в такой комбинации на 33% выше, чем у людей с отсутствием заболеваний пародонта (Genco R.J., 2005).

Также была выявлена взаимосвязь заболеваний пародонта с качеством питания. Присутствующие в рационе фрукты, овощи и семена являются важными источниками антиоксидантов, буферов активных форм кислорода. У лиц со сниженным алиментарным фактором наблюдалось быстрое прогрессирование болезней пародонта (World Health Organization, 2003; Ekuni D., 2016).

1.2 Клинические методы диагностики воспалительных заболеваний пародонта

Воспалительные заболевания пародонта являются широко распространенной, склонной к прогрессированию, и имеющей многостороннее влияние на организм, патологией. Исход заболевания напрямую зависит от своевременности и точности диагностики, а затем от проведенного комплексного лечения (Дмитриева Л.А., 2014; Гуляева О.А., 2016; Peter F., 2008; Giano R. et al., 2015).

Для диагностики воспалительных заболеваний пародонта используют клинические, рентгенологические, лабораторные и функциональные методы исследований (Барер Г.М. и др., 2013; Brook I., 2003; Herbert F. Wolf, 2008).

Клинические методы включают в себя осмотр, определение гигиенических и пародонтологических индексов, дающих возможность оценить эффективность проводимого лечения и качество выполнения домашнего гигиенического ухода. (Грудянов А.И. 2004; Дмитриева Л.А., 2014; Daly C.G., 2001).

Основная цель обследования пациента – это постановка правильного диагноза заболевания, определение стадии течения, выявление этиологических факторов и патогенетических механизмов. В соответствии с полученными данными в ходе комплексного обследования пациента выстраивается план лечебно-профилактических мероприятий (Янушевич О.О., 2010).

Тщательный сбор медицинского и стоматологического анамнеза являются обязательной составляющей диагностического процесса. Во время личностной беседы с больным выясняются причины обращения, течение и развитие заболевания, а также общее состояние больного.

Общий анамнез уточняется в обязательном порядке у каждого пациента, потому что наличие системных заболеваний, прием лекарственных препаратов, вредные привычки, могут являться фактором риска в развитии нежелательных эффектов в ходе пародонтологического лечения (Herbert F. Wolf, 2008).

Опрос больного является первым и важным этапом обследования. Помимо клинической значимости в процессе лечения, опрос также является элементом первого знакомства с пациентом. По мнению многих авторов, это одно из важных звеньев комплексного подхода ранней диагностики заболеваний пародонта (Улитовский С.Б., 2008; Барер Г.М. и др., 2013; Гуляева О.А., 2016; Giano R. et al., 2015).

При осмотре полости рта врач проводит целенаправленное обследование пародонта с учетом симптомов, которые были названы пациентом в ходе беседы. Важно диагностировать характерные симптомы воспалительных заболеваний пародонта: гиперемия, отек, кровоточивость,

гипертрофию, рецессию десны, наличие зубного налета и камня. Обращают внимание на цвет десны, ее рельеф и консистенцию. При клиническом осмотре ротовой полости, ряд авторов, обращают особое внимание на первостепенную необходимость выявления локальных факторов, способствующих развитию воспаления в пародонте. К ним относятся: наличие скученности зубов, первичная или вторичная адентия, наличие кариозной полости, дефектов протезирования и пломбирования (Дмитриева Л.А., 2014; Кузьмина Э.М., 2016; Herbert F. Wolf, 2008).

Чтобы составить полное представление о каждом симптоме, выявленном при осмотре ротовой полости и получить доказательные сведения, существующих симптомов, врач обязан выполнить инструментальное исследование.

Ведущее место среди дополнительных методов исследования заболеваний пародонта занимает рентгенодиагностика, которая позволяет определить наличие, характер, степень и распространенность патологических изменений в костной ткани челюстей, а также провести дифференциальную диагностику воспалительных заболеваний пародонта. С помощью рентгеновских снимков можно обнаружить локализацию и объем деструкции альвеолярной кости, типы деструкции (демнерализация или резорбция, вертикальная или горизонтальная), причины деструкции (минерализованные зубные отложения, ятрогенные факторы). Регулярные рентгенологические снимки позволяют отследить динамику заболевания (Барер Г.М. и др., 2013; Axelsson P., 1991).

Наиболее угрожающим риском возникновения воспаления в тканях пародонта многие авторы считают наличие зубных отложений, выявление которых служит важным этапом в ходе клинического обследования (Орехова, Л.Ю., 2004; Дмитриева Л.А., 2014; Кузьмина Э.М., 2016; Addy M., 1994).

В настоящее время широко применяются микробиологические тесты, позволяющие определить маркерных бактерий, их количество и чувствительность к антимикробной терапии. Ряд авторов считает, что их

применение в первую очередь показано при агрессивных формах пародонтита с частыми рецидивами, а также у пациентов с отягощенным анамнезом (Грудянов А.И., 2011; Катола В.М., 2018; Hiranmayi K.V., 2017; Krishnan K., 2017).

Воспалительные заболевания десны и пародонта, их симптомы, а также причины (зубная бляшка), могут быть качественно и количественно охарактеризованы с помощью индексов. Индексы гигиены полости рта несут не только важную информацию для врача, но и позволяют наглядно продемонстрировать плохо очищаемые места со скопившемся налетом, а также мотивировать пациента к улучшению гигиены полости рта и образа жизни в целом (Улитовский С.Б., 2008; Herbert F. Wolf, 2008; Giano R. et al., 2015).

Регулярное определение индекса на протяжении курса лечения и профилактических процедур помогает оценить уровень заинтересованности пациента и успех от проводимого лечения.

Многие авторы отмечали наиболее удобными и информативными индексы: Green-Vermilion (1960), Silness-Loe (1962), Федорова-Володкиной (1971), РМА в модификации Parma (1960) (Кузьмина Э.М. 2009; Цепов Л.М., 2009; Дмитриева Л.А., 2014; Herbert F. Wolf, 2008).

Определение индексных показателей полости рта, помогает контролировать успехи в гигиенических навыках пациента, отследить динамику до и после проведенного комплекса лечения. Если же в процессе лечения пациент не соблюдал должное качество чистки зубов, то зафиксированные индексные значения являются аргументированным доказательством в случае возникновения вопросов о неэффективности лечебных манипуляций (Гуляева О.А., 2016; Giano R. et al., 2015).

Особым индикатором воспаления тканей пародонта является раствор Шиллера-Писарева, действие которого основано на окрашивании участков тканей с высоким содержанием гликогена. Первые упоминания об использовании йодного раствора как индикатора хронического воспаления

были в 1958 году учеными Фаске и Моргентротом. В месте воспаления присутствует повышенное количество гликогена, который в норме у здоровых людей отсутствует в эпителии десны. При окрашивании десны имеется градация цвета от светло-коричневого до темно-бурого в зависимости от интенсивности воспалительного процесса. Именно из-за своей наглядности данная проба получила широкое распространение в диагностике воспалительных заболеваний пародонта (Григорьян А.С. и др., 2004; Кузьмина Э.М., 2009; Daly C.G., 2001).

Многие авторы отмечают, что индексная оценка является неотъемлемой частью лечения. Использование индексов в повседневной работе врача-стоматолога во многом упрощает процесс обследования, как при первичном осмотре пациента и постановки диагноза, так и при регистрации результатов лечения в последующие повторные приемы. Также в литературе отмечается высокая распространенность использования индексов в научных целях при массовых и многочисленных исследованиях. Для этого могут применяться индексы, для оценки которых не нужно проводить исследование всей полости рта, а лишь только конкретных индексных участков, группы зубов, что значительно сокращает время. Для клиницистов-практиков чаще всего значение имеет состояние тканей пародонта около каждого конкретного зуба, но не исключено применение оценки локальных участков, на которых следует сфокусировать больше внимания (Орехова, Л.Ю., 2004; Дмитриева Л.А., 2014; Кузьмина Э.М., 2016; Addy M., 1994).

1.3 Методы и средства профилактики воспалительных заболеваний пародонта

Основными профилактическими мерами, направленными на предупреждение и устранение воспалительных заболеваний пародонта, является индивидуальное и профессиональное удаление зубных отложений. При правильно проведенных действиях стоматолога в клинике и пациента в

домашних условиях признаки гингивита могут исчезнуть, а при пародонтите будет достигнута ремиссия. Именно поэтому успех лечения напрямую зависит от заинтересованности и участия пациента в собственном выздоровлении (Кузьмина Э.М. и др., 2016; Гилева О.С. с соавт., 2018; Davies R.M., 2013).

Первые упоминания о профессиональной чистке зубов как метода профилактики кариеса и заболеваний пародонта были в 1970 году. Axelsson и Lindhe (Швеция) предложили комплексную программу, в которую входили рекомендации по питанию, использованию фторсодержащих препаратов, регулярном обучении чистке зубов, профессиональном удалении налета каждые 2 недели.

Система планового лечения заболеваний зубов, пародонта и слизистой оболочки рта необходима для сохранения стоматологического здоровья и предотвращения развития осложнений. На сегодняшний день в литературе описан четкий алгоритм профилактики воспалительных заболеваний пародонта, который включает в себя:

1. проведение стоматологического осмотра с определением величины гигиенических и пародонтальных индексов;
2. обучение правильной методике чистки зубов с использованием индивидуальных средств гигиены (флоссы, межзубные ершики, скребки для языка, ирригаторы и т.д.);
3. проведение контролируемой чистки зубов;
4. индивидуальный выбор средств гигиены для домашнего использования;
5. проведение профессиональной чистки зубов;
6. санация полости рта с обязательным устранением местных факторов, способствующих локализованному воспалению тканей пародонта, к ним относятся:
 - восстановление контактных пунктов, устранение нависающих краев пломб;
 - пломбирование кариозных полостей;

- замена травмирующих ортопедических конструкций;
- направление к специалистам по поводу пластики уздечек губ и языка, ортодонтических патологий;

7. просвещение пациента и повышение его заинтересованности к гигиеническому уходу полости рта, рекомендации по гигиене питания (Кузьмина Э.М. и др., 2016).

Основным этапом профилактических мероприятий при заболеваниях пародонта является проведение профессиональной гигиены. Для удаления мягкого зубного налета и минерализованных зубных отложений в настоящее время применяют ручные инструменты, звуковые и ультразвуковые скейлеры, воздушно-абразивные системы, вращающиеся инструменты и полиры (Грудянов А.И., 2004; Орехова Л.Ю., 2004; Petersilka G., 2010; Eick S., 2012).

При применении ручных инструментов рядом авторов отмечаются следующие плюсы: широкий выбор инструментов и способность формировать истинно гладкую поверхность. Однако присутствуют и некоторые недостатки при выборе данного метода: низкий мануальный навык врача, сложность применения в зонах с выраженным рельефом, значительная агрессивность обработки, необходимость постоянного ухода за режущими частями инструментов, высокочасовая по времени процедура (Armitage G.C., 2009; Eick S., 2012).

Coldiron N.B. (1990) и соавторами было установлено, что тщательная обработка одного квадранта зубного ряда ручными инструментами занимает порядка 90 минут.

Ультразвуковые аппараты занимают лидирующее место среди используемых инструментов при снятии зубных отложений, что связано с простотой применения и незначительными временными затратами на манипуляцию, а также присутствие одномоментного орошения поверхности раствором. Однако из литературы известно и об отрицательном действии ультразвука на собственные ткани зуба и реставрации. Именно поэтому призывают к соблюдению основных правил: острое инструмента

противопоказано устанавливать перпендикулярно к тканям зуба, минимальная сила давления на ткани, не использовать аппарат без водного охлаждения (Дмитриева Л.А. и др., 2014).

При использовании воздушно-абразивных аппаратов (Air-Flow) применяются порошки с разным видом абразивности. Для заболеваний пародонта используются более щадящие порошки на основе глицина, размер полирующих частиц которых составляет 25 мкм. Возможно применение порошка данного вида для очистки пародонтальных карманов глубиной до 4 мм, а также обработки зон с повышенной чувствительностью (Flemmig T.F., 2007; Gregor J., 2010; Petersilka G., 2010).

В последние годы большинство исследователей считают, что систематизированный и правильный уход за полостью рта является неотъемлемой частью профилактических мероприятий. У пациентов с заболеваниями пародонта часто нет четких представлений о соблюдении высокого уровня гигиены полости рта, поэтому необходимо сосредоточить внимание пациента на необходимости системного ухода. (Улитовский С.Б., 2008).

При лечении гингивитов и пародонтитов важным этапом считается снятие воспалительного процесса. Большое количество авторов отмечает, что предпочтительнее всего при заболеваниях пародонта использовать лечебно-профилактические средства, обладающие противовоспалительным действием (Гончарова Е.И., 2012; Дмитриева Л.А., 2014; Цепов Л.М., 2015; Березина Н.В., 2017; Davies, R.M., 2013).

Широкое разнообразие средств индивидуальной гигиены полости рта на современном рынке предоставляет большие возможности для выбора зубных паст с желаемыми эффектами. Актуальным при воспалительных заболеваниях полости рта является уменьшение кровоточивости десен, устранение неприятного запаха в полости рта, а также улучшение уровня индивидуальной гигиены в целом. Поэтому при выборе средств индивидуальной гигиены, содержащих противовоспалительные агенты и вещества, основополагающим

служит уменьшающие образования зубного налета, что облегчит симптоматические проявления заболевания и жизнь пациента, находящегося на сложной многоэтапной терапии (Акулович А.В., 2017).

На рынке широко представлен ряд зубных паст и ополаскивателей, включающих в состав противовоспалительные компоненты. Кузьмина Э.М. (2016) относит к ним следующие вещества: растительные экстракты; антисептики; ферменты; компоненты, препятствующие образованию зубного налета; солевые добавки; антиоксиданты; витамины.

Так как зубной налет представляет собой колонии микроорганизмов, не вызывает сомнения необходимость применения средств с антимикробным действием (Соловьева А.М., 2011). Использование средств гигиены с антисептическими компонентами (хлоргексидин, триклозан, гексэтидин и др.) в составе зубных паст, ополаскивателей и эликсиров, показало хорошую эффективность в устранении микроорганизмов и снижении их патогенности, однако с другой стороны отмечается выработка еще более устойчивых штаммов микроорганизмов при длительном и неправильном применении данных средств (Янушевич О.О. и др., 2017; Михальченко В.Ф. 2018; Zhanga, Y., 2018).

Ряд положительных эффектов отмечается при использовании в домашнем уходе средств с фитокомпонентами, экстрактами и эфирными маслами лекарственных растений. Что отмечается в выраженном снижении воспаления и кровоточивости десен, улучшении трофики и процессов регенерации. Средства с растительными компонентами можно применять в течение длительного времени, они не влияют на состав нормальной микрофлоры и чувствительность микроорганизмов (Гончарова Е.И., 2012; Грудянов А.И., 2013).

В настоящее время перспективным направлением является применение средств, в составе которых имеются антиоксиданты. Широко используется мексидол – водорастворимый антиоксидант, входящий в состав паст и ополаскивателей. Действие мексидола основано на снижении токсического

уровня свободных радикалов посредством связывания эндотоксинов и выведения их из организма. Также способствует повышению местного иммунитета, улучшению кровоснабжения и стимуляции процессов регенерации (Кузьмина Э.М., 2016; Герасимова Л.П., 2017).

Важнейшим инструментом для удаления зубного налета считается зубная щетка. В классификации Улитовского С.Б. от 2000 года выделяется 5 степеней жесткости щеток: очень мягкие (тип "сенситив"); мягкие (тип "софт"); средние (тип "медиум"); жесткие (тип "хард"); очень жесткие (тип "экстра-хард").

Выбор жесткости щётки у каждого пациента должен быть индивидуальным. По рекомендациям ряда авторов при воспалительных заболеваниях пародонта, предпочтение отдается зубным щеткам с щетиной средней степени жесткости (при повышенной чувствительности десен – с мягкой щетиной) или зубным щеткам типа «Софт» (Улитовский Б.С, 2008).

Для очищения апроксимальных поверхностей зубов широко применяются интердентальные средства. Ершики используют при наличии дефекта зубного ряда; трем и диастем, при заболеваниях пародонта, наличии ортопедических и ортодонтических конструкций в полости рта; при шинировании зубов. Инструмент состоит из ручки и рабочей конусовидной ворсистой части (Кузьмина М.Э. и др., 2016).

Зубные нити (флоссы) применяют для более тщательного удаления налета и остатков пищи из межзубных промежутков, т.е. для очистки труднодоступных апроксимальных поверхностей зубов. Межзубные стимуляторы служат в основном для массажа десен и очистки межзубных промежутков. Они имеют разную жесткость и цветовую гамму, фиксируются в отверстие ручки зубной щетки. Конусовидная форма позволяет проводить массаж не только десны, зубодесневых сосочков, но и межзубного промежутка. Однако в случае с гипертрофическим гингивитом использование средств интердентальной гигиены может привести к травме слизистой оболочки и

ухудшению течения заболевания (Улитовский Б.С., 2008; Латышева С.В., 2013; Янушевич О.О, 2016).

Отмечается положительным влиянием на ткани пародонта применение ирригаторов. С помощью действия постоянной или пульсирующей струи воды под давлением улучшается периферическое кровоснабжение в тканях пародонта, повышает тонус капилляров, усиливает и улучшает обмен веществ (Herbert F. Wolf, 2008).

Таким образом, на сегодняшний день имеется разнообразный выбор предметов и средств индивидуальной гигиены полости рта, при правильном подборе которых, а главное добросовестном использовании пациентом, проявляется положительный результат в лечении и профилактики воспалительных заболеваний пародонта.

1.4 Мотивация пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта

В пародонтологической практике для врача-стоматолога все более необходимым и значимым становится мотивационное влияние на гигиеническую культуру своих пациентов. Ежедневно на приеме врач-стоматолог сталкивается с пациентами, чье поведение не только снижает эффективность проводимых процедур, а даже приносит вред собственному здоровью (Савина Е.А, 2011; Олейник О.И., 2013; Solarì A., 2002).

Широкое применение в медицине получил термин «комплаентность», в переводе с английского языка который обозначает «соблюдение больным режима и схемы лечения». Помимо этого, широко используются и другие определения данного термина, например «приверженность к терапии», «соблюдение указаний врача» и др. Уровень комплаентности определяет степень соответствия поведения больного рекомендациям, которые были даны ему врачом. Установлено, что чем ниже комплаентность больного, тем ниже эффект от проводимого лечения (Кудрявцева Т.В., 2019; Иванова Е.И., 2014; Britt E., 2013).

По данным исследования Фирсовой И.В. (2008), среди пациентов стоматологического профиля распространена низкая комплаентность, что соответствует 77%.

Бублий Т.Д. (2015) выявил основные факторы низкой стоматологической комплаентности в зависимости от возраста пациента. Так в молодом возрасте основными причинами является нехватка времени и высокая стоимость процедур, в среднем возрастает недоверие врачу и страх, а в пожилом возрасте совокупность причин.

Заболевания пародонта, как правило, имеют хроническое течение с периодическими обострениями, что требует неоднократных посещений стоматолога и должного уровня домашнего ухода, именно поэтому от пациента требуется высокий уровень комплаентности. Без постоянного участия и заинтересованности пациента в стоматологическом лечении и выздоровлении, полученный результат в большинстве случаев будет кратковременным и неудовлетворительным (Кунин А.А., 2010; Олейник О.И. 2013; Croffoot С.К., 2010).

Цеповым Л.М. (2009) было отмечено, что при лечении воспалительных заболеваний пародонта главным является не только купирование симптоматики заболевания, но и достижение длительной ремиссии, что может быть реализовано только при решении проблемы комплаентности пациентов в выполнение режима назначений и рекомендаций. Для этого у большого количества стоматологических больных приходится вырабатывать ответственное отношение и самодисциплину к простым индивидуальным мерам гигиены. Однако ряд авторов отмечает, что окончательная ответственность за результат лечения лежит на плечах пациента (Агранович Н.В., 2012; Аверьянов С.В., 2015; Britt E., 2013).

Большинство авторов считают, что первичный прием - это высокая возможность направить мышление своего пациента на необходимость поддержания и улучшения собственного здоровья, создать у него мотивацию к сотрудничеству и выполнению всех рекомендаций. Именно в первое

посещение больной хочет узнать как можно больше информации о своем индивидуальном случае (Цепов Л.М., 2009; Herbert F. Wolf, 2008).

Стоматолог должен признать, что любого пациента больше всего интересует его собственное заболевание. Прежде всего, пациенту следует объяснить причины, которые привели к развитию заболевания. Беседа должна проходить в доброжелательном тоне, а ее содержание быть понятным пациенту, который не знаком с медицинской терминологией (Улитовский С.Б., 2008; Савина Е.А, 2011; Иванова Е. И., 2014).

Современное развитие стоматологии позволяет использовать многочисленные возможности продемонстрировать пациенту воспалительные поражения тканей и их причины. Применение высокого увеличения, мониторов и камер позволяет демонстрировать жизнеспособность зубной бляшки (Кунин А.А., 2010; Croffoot С.К., 2010).

Высокое значение имеет визуализация симптоматики заболевания. Для этих целей могут быть использованы рентгенограммы, фотоснимки, с помощью зеркала пациенту демонстрируют места скопления налета, воспаление, рецессии, кровоточивость.

Считается, что информирование пациента в последующие посещения еще больше усиливает его мотивацию. Для этих целей можно использовать: индексную оценку с применением индикаторов налета, которые позволяют наглядно показать успех или неудачу от выполняемых манипуляций и повысить заинтересованность пациента. Применение дополнительных материалов и средств, таких как: анкеты, брошюры, модели челюстей, цифровых внутриротовых камер, помогают еще больше вовлечь в процесс пациента и донести до него важную информацию о заболевании и необходимости высокого уровня домашнего ухода (Олейник О.И., 2013; Иванов Е.И., 2014).

Формирование правильной и стойкой мотивации пациента является весьма сложным процессом, зависящим от большого количества факторов. У пациентов отмечается - дентофобия, низкий уровень гигиенических навыков,

нежелание траты средств и времени на превентивные манипуляции. Со стороны врача - отсутствие социально-психологических навыков и свободного времени для профилактической деятельности на приеме. Все эти факторы ухудшают мотивацию пациента (Britt E., 2013).

Высокий уровень заинтересованности и собственной ответственности в профилактике стоматологических заболеваний отмечается в странах Европы (Soolari A., 2002).

Поддержание или восстановление пародонтологического здоровья возможно в большинстве случаев. Однако обязательным условием является сотрудничество врача и пациента (Анисомова Н.Ю., 2013).

В настоящий момент, наиболее эффективной моделью построения отношений врач-пациент считается партнерство, целью обеих сторон является прохождение пути по избавлению от заболевания с разделением ответственности за результат лечения. Считается, что при использовании данной модели, у пациента меняются ценности отношения к лечению, пациент не только идёт по намеченному стоматологом плану, но и сам принимает активное участие. Данный метод призывает избегать чрезмерной настойчивости и участия врача в действиях, которые пациент в состоянии сделать сам. Выработка у пациента чувства ответственности за собственное здоровье способствует изменению отношения пациента к значимости мер профилактически воспалительных заболеваний пародонта (Савина Е.А, 2011; Иванова Е. И, 2014; Soolari A., 2002; Britt E., 2013).

В стоматологии широкое применение получил метод мотивационного интервьюирования, разработанный Miller W.R. и напечатанный в одном из журналов «Behavioral Psychotherapy». Суть данной методики основывается на способах анализа и поэтапной стимуляции положительных изменений в установках и поведении больного. К приемам интервьюинга относятся: эмпатическое слушание, выражение сочувствия, раскрытие противоречий, уклонение от дискуссий, преодоление сопротивления, формирование чувства

контроля над процессом (Олейник О.И., 2013; Анисимова Н.Ю., 2013; Аверьянов С.В., 2015).

Рядом авторов было предложено использовать модель коучинга, которая широко распространена в сфере бизнеса, образовательных курсах и психологических тренингах. Данная модель является весьма новой в области медицины. Коучинг – представляет собой модель, в которой коуч-тренер не дает конкретных советов, а лишь ищет совместное решение с клиентом. Основным принципом методики коучинга, является выработка и развитие самостоятельности и ответственности пациента посредством выработки интереса и мотивации к улучшению своего здоровья (Анисимова Н.Ю., 2013; Иванова Е. И., 2014; Armfield, J.M., 2013; Britt E., 2013).

Таким образом, высокая заинтересованность пациента в выполнении назначений и рекомендаций повышает качество и результат проводимого лечения, а низкий уровень мотивации не только неудовлетворительно сказывается на эффективности лечения, но и приводит к увеличению распространения более тяжелых форм заболеваний пародонта, ведущих к неблагоприятным последствиям.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Характеристика исследуемых групп пациентов

На базе стоматологической клиники «Парадная пародонтология» совместно с научным руководителем было проведено исследование, которое включало 34 пациента, 11 – мужского пола, 23 – женского пола. Возраст обследуемых варьировал от 18 до 29 лет. Предварительно у всех участников исследования было получено добровольное информированное согласие на публикацию данных в научных источниках.

Критериями включения пациента в исследование являлись: лица мужского и женского пола с наличием достоверного диагноза «хронический гингивит» (K05.1 по МКБ-10). Диагноз пациентам ставился на основании данных анамнеза, предъявляемых жалоб, клинических симптомов и данных дополнительных методов обследования.

Критериями исключения стали: лица, анамнез которых был отягощен тяжелыми сопутствующими заболеваниями, лица с протяженными или множественными дефектами зубных рядов, лица с признаками хронического пародонтита, а также лица с выраженными ортодонтическими патологиями.

Для выполнения задач исследования среди пациентов, предварительно прошедших стоматологическое обследование, были сформированы две группы. В первую группу вошли 17 человек (12 женщин и 5 мужчин) – лица с подтвержденным диагнозом хронический гингивит (K05.1 по МКБ-10), находившиеся на окончательном этапе ортодонтического лечения, либо в ретенционном периоде. К пациентам данной группы на каждом этапе исследования применялся индивидуальный подход, направленный на повышение заинтересованности в собственном выздоровлении, который заключался в выдаче памяток (Приложение 1) по уходу за полостью рта, а также средств (таблетки для окрашивания налета «Динал») для еженедельной самостоятельной индикации налета с расчетом на весь период исследования. Выработка стойкой мотивации у пациентов к сохранению здоровья полости

рта осуществлялась путем неоднократной контролируемой гигиены ротовой полости. Для домашнего ухода пациентам первой группы была назначена противовоспалительная зубная паста на растительной основе R.O.C.S. «Бионика». В процессе обучения индивидуальной гигиене пациентам были подобраны и назначены дополнительные средства ухода: межзубная нить, суперфлосс, ершики, монопучковая зубная щётка, скребок для очистки языка.

Во вторую группу вошли 17 человек (11 женщин и 6 мужчин) – лица с диагнозом хронический гингивит (K05.1 по МКБ-10), проходившие санацию полости рта у стоматолога-терапевта. В данной группе применялся стандартный подход к лечению пациентов согласно клиническим рекомендациям СТАР.

2.2 Этапы проводимого исследования

Лечебно-профилактические мероприятия у всех пациентов проводились в четыре этапа с одинаковыми сроками наблюдения.

I этап исследования включал в себя: сбор анамнеза и диагностику заболевания с учетом поставленных задач и критериев, позволяющих включить пациента в одну из групп исследования. Всем пациентам был проведен первичный осмотр полости рта, предусматривающий оценку стоматологического статуса, с дальнейшим внесением полученных данных в карту обследования стоматологического больного. Каждому участнику исследования было предложено заполнить разработанную анкету «Стоматологического здоровья» (Приложение 2).

С целью выработки и коррекции у пациентов навыков ухода за полостью рта проводилась контролируемая чистка зубов. Также всем пациентам была продемонстрирована стандартная методика чистки зубов по Пахомову с демонстрацией на моделях зубных рядов. Всем пациентам были даны индивидуальные советы по очищению определенных участков зубов.

В ходе первого этапа исследования была проведена профессиональная гигиена полости рта с использованием комбинированного метода удаления зубных отложений при помощи аппаратов «Air-Flow» и «Piezon Master» (EMS, Швейцария), а также вращающихся инструментов и паст.

Каждой группе были даны рекомендации по выбору и применению основных и дополнительных средств домашней гигиены.

II этап проходил через 3 недели, проводилась оценка эффективности профессиональной гигиены полости рта с помощью определения индексов: РМА, гигиены ОНI-S, кровоточивости Muhlemann.

III этап проходил через 3 месяца, проводилось обследование двух групп с оценкой индексов для отслеживания динамики результатов лечебно-профилактических мероприятий.

На заключительном IV этапе, который проходил через 6 месяцев от начала исследования, была проведена сравнительная оценка эффективности лечения в двух группах.

2.3 Оценка стоматологического статуса пациентов

Пациентам двух групп с целью оценки стоматологического статуса было проведено обследование, результаты которого вносились в карту обследования стоматологического пациента. Для индексной оценки были определены следующие индексы: упрощенный индекс гигиены полости рта Грина-Вермилльона (ОНI-S, 1964), папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА, 1960), индекс кровоточивости по Мюллеману (1971) в модификации Коуэлла (1975) (Muhlemann-Cowell). Для подтверждения диагноза «хронический гингивит» (K05.1 по МКБ-10) проводилось рентгенологическое обследование всех пациентов с помощью применения метода конусно-лучевой компьютерной томографии.

2.3.1 Клинический метод исследования

Клиническое обследование всех пациентов было проведено по общепринятой методике и включало в себя: сбор жалоб и анамнеза, внешний осмотр, осмотр полости рта с определением стоматологического статуса посредством индексной оценки уровня гигиены полости рта и состояния тканей пародонта.

Программа обследования пациента:

1. Выявление жалоб;
2. Анамнез (возраст, пол, сопутствующие заболевания);
3. Внешний осмотр;
4. Осмотр полости рта:
 - зубная формула;
 - состояние прикуса;
 - наличие нависающих краев коронок и пломб;
 - наличие ортодонтических и ортопедических конструкций;
 - наличие мягкого зубного налета и твердых наддесневых и поддесневых зубных отложений;
 - цвет, состояние и кровоточивость десны.

Определение стоматологических индексов

Для определения степени тяжести воспаления в тканях десны применялся индекс РМА (папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс) в модификации Parma (1960). Данный индекс позволяет проследить динамику изменения интенсивности воспаления на этапах лечения.

Способ определения: оценивается состояние тканей десны с вестибулярной стороны около каждого зуба верхней и нижней челюсти после предварительного нанесения йодсодержащего раствора (р-р Шиллера-Писарева или Люголь). Участки с признаками воспаления приобретают темно-

коричневый цвет из-за наличия гликогена. Расчет индекса осуществляется по баллам, указанным в таблице 1.

Таблица 1

Баллы для расчета индекса РМА

Баллы	Показатель
0	воспаление в тканях десны отсутствует
1	воспаление десневого сосочка (Р)
2	воспаление маргинального края (М)
3	воспаление альвеолярной (прикрепленной) десны (А)

Любое значение индекса больше 0 свидетельствует о воспалительных изменениях в тканях пародонта. Чем выше цифровое значение, тем сильнее интенсивность воспаления.

Формула для расчета индекса:
$$\text{РМА} = \frac{\text{сумма баллов}}{3 \times \text{число зубов}} \times 100\%$$

Критерии оценки индекса:

- 0- нет воспаления;
- менее 30% - легкая степень воспаления;
- от 31 до 60% - средняя степень воспаления;
- 61% и более – тяжелая степень воспаления.

Для оценки гигиенического состояния ротовой полости был выбран упрощенный индекс гигиены полости рта по Грину-Вермиллиону - ОНI-S (1969). Данный индекс позволяет количественно оценить два компонента: наличие зубного налета и зубного камня.

Способ определения: с помощью стоматологического зонда и зеркала проводится исследование поверхностей 6-ти индексных зубов (1.6, 1.1, 2.6, 3.1 - вестибулярная поверхность, 3.6, 4.6 - язычная), предварительно окрашенных

раствором Шиллера-Писарева, Фуксина или эритрозина. Расчет индекса осуществляется по баллам, указанным в таблице 2.

Таблица 2

Баллы для вычисления индекса ОНI-S

Показатель	Баллы			
	0	1	2	3
Зубной налет	Зубной налет отсутствует	Мягкий зубной налет покрывает до 1/3 поверхности зуба или наличие любого количества окрашенных отложений (зеленые, коричневые и др.)	Мягкий зубной налет покрывает более 1/3, но менее 2/3 поверхности зуба	Мягкий зубной налет покрывает более 2/3 поверхности зуба
Зубной камень	Зубной камень отсутствует	Наддесневой зубной камень покрывает до 1/3 поверхности зуба	Наддесневой зубной камень покрывает более 1/3, но менее 2/3 поверхности зуба, или наличие отдельных отложений поддесневого камня в пришеечной области зуба	Наддесневой зубной камень покрывает более 2/3 поверхности зуба, или значительное отложение поддесневого камня вокруг шейки зуба

Формула для расчета индекса: $OH\text{-}S = \frac{\text{сумма баллов налета}}{\text{количество зубов}} + \frac{\text{сумма баллов камня}}{\text{количество зубов}}$

Критерии оценки индекса:

- 0 – 0,6 – уровень гигиены «хороший»;
- 0,7 – 1,6 – уровень гигиены «удовлетворительный»;
- 1,7 – 2,5 – уровень гигиены «неудовлетворительный»;
- 2,6 и более – уровень гигиены «плохой».

Кровоточивость десны оценивалась с помощью индекса кровоточивости по Мюллеману (1971) в модификации Коуэлла (1975) (Muhlemann-Cowell).

Данный индекс позволяет определить степень кровоточивости при проведении зондирования десневой борозды или при давлении на зубной сосочек.

Способ определения: в области индексных зубов «Рамфьорда» (1.6; 2.1; 2.4; 3.6; 4.1; 4.4) с оральной и вестибулярной поверхностей кончиком пародонтального зонда без давления прижимают к стенке бороздки и медленно ведут от медиальной к дистальной стороне зуба. Расчет индекса осуществляется по баллам, указанным в таблице 3.

Таблица 3

Баллы для вычисления индекса кровоточивости Muhlemann

Баллы	Показатель
0	кровоточивость отсутствует
1	кровоточивость возникает не раньше, чем через 30 секунд
2	кровоточивость возникает сразу после зондирования или в пределах 30 секунд
3	кровоточивость отмечается пациентом при приеме пищи или чистки зубов

Формула для расчета индекса: **Muhlemann** = $\frac{\text{сумма баллов}}{\text{число обследуемых зубов}}$

Критерии оценки индекса:

- 0,1-1,0 – легкая степень воспаления;
- 1,1-2 – среднее степень воспаления;
- 2,1-3 – тяжелая степень воспаления.

2.3.2 Рентгенологический метод исследования

Дополнительно проводилось рентгенологическое исследование с помощью применения метода конусно-лучевой компьютерной томографии. Данный метод исследования позволял установить степень изменений в костной ткани, тяжесть патологического процесса и провести дифференциальную диагностику хронического гингивита с пародонтитом, который относился к критериям исключения. При оценке компьютерных томограмм обращали внимание на состояние межальвеолярных перегородок, наличие и целостность кортикальной пластинки, структуру костной ткани, наличие костных карманов и остеопороза.

2.4 Оценка уровня мотивации

Суть данной методики заключалась в том, что каждый пациент на первом и заключительном этапе исследования отвечал на 20 вопросов разработанной анкеты «Стоматологического здоровья» (Приложение 2). Вопросы, включенные в анкету, были составлены таким образом, что позволяли сделать выводы об уровне первичной мотивации и осведомленности пациентов в стоматологическом лечении, а также оценить динамику их изменения к заключительному этапу исследования. Все вопросы имели два варианта ответа «Да» или «Нет». Оценка результатов анкетирования проводилась по следующим критериям. Отрицательные ответы («Нет») оценивались в 1 балл, положительные ответы («Да») в 0 баллов. Полученные баллы суммировались в итоговый результат.

Интерпретация результатов по уровню мотивации к стоматологическому лечению:

- 0-5 баллов – уровень мотивации «выше среднего»;
- 6-10 баллов – уровень мотивации «средний»;
- 11-15 баллов – уровень мотивации «ниже среднего»;
- 16-20 баллов – уровень мотивации «низкий».

2.5 Статистические методы исследования

Для оценки различий использовалась проверка на нормальность распределения признаков с помощью критерия Шапиро-Уилка. Тест Бартлетта позволил провести сравнение дисперсий в группах. Проверка гипотез о нормальности распределения признаков и равенства дисперсий в двух группах показала отсутствие возможности использования параметрических методов оценки различий между признаками.

Статистическая проверка гипотез о различии между двумя количественными переменными проводилось с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни для несвязанных выборок при сравнении первой и второй групп пациентов, и с помощью критерия Уилкоксона для связанных выборок при сравнении значений показателей внутри одной группы в различные временные точки.

Внесение данных в электронную таблицу и предварительная обработка проводились с помощью пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2013.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1 Оценка стоматологического статуса на этапах исследования

В ходе первого этапа исследования перед проведением профессиональной гигиены полости рта было выполнено клиническое обследование, которое показало, что все пациенты в двух группах имели признаки хронического катарального гингивита (рис.1). Исследуемые группы пациентов не имели между собой статистически достоверных отличий по ряду признаков: полу, возрасту, структуре групп по степени воспаления, а также уровню гигиенического ухода ($p>0,05$). Количество пациентов с легкой степенью гингивита в 1-й группе – 10 человек, что составляло 58,8%, число пациентов с гингивитом средней степени тяжести – 7 человек, что соответствовало – 41,2%. Во 2-й группе было выявлено 13 человек с гингивитом легкой степени тяжести, что составило 76,5% и 4 человека с гингивитом средней степени тяжести, соответствующих 23,5%. Лица со здоровыми тканями пародонта отсутствовали на первом этапе исследования.

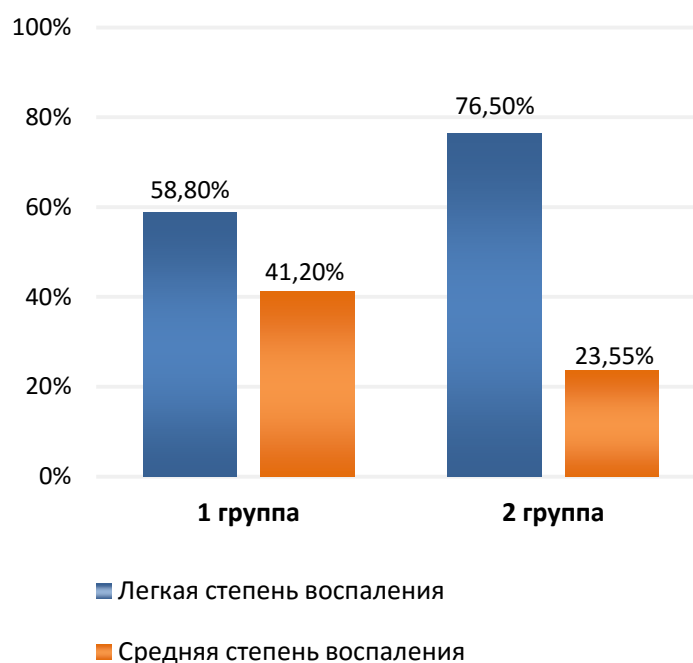


Рисунок 1. Исходная структура исследуемых групп

При оценке гигиенического состояния полости рта у всех пациентов в исследуемых группах были выявлены высокие значения индекса гигиены – ОНI-S, которые не имели достоверных статистических различий между собой ($p>0,05$) (таблица 4).

Таблица 4

Средние значения индексов в двух группах на I этапе исследования

Название индекса	Значение индексов		
	1 группа	2 группа	P
PMA	$29,20 \pm 2,65\%$	$24,44 \pm 1,93\%$	$>0,05$
ОНI-S	$2,47 \pm 0,15$	$2,29 \pm 0,10$	$>0,05$
Muhlemann	$0,92 \pm 0,10$	$0,79 \pm 0,08$	$>0,05$

У пациентов первой группы ОНI-S составлял $2,47 \pm 0,15$, у пациентов второй группы $2,29 \pm 0,10$. Уровень гигиены у всех пациентов оценивался как «плохой» и «неудовлетворительный», пациенты с «хорошим» и «удовлетворительным» уровнем гигиены отсутствовали.

Значения индексов PMA и Muhlemann у пациентов первой группы (PMA = $29,20 \pm 2,65\%$; Muhlemann = $0,92 \pm 0,10$) и второй группы (PMA = $24,44 \pm 1,93\%$; Muhlemann = $0,79 \pm 0,08$) соответствовали воспалению легкой и средней степени тяжести и не имели достоверных различий ($p>0,05$).

На втором этапе исследования, который проводился через 3 недели после выполнения профессиональной гигиены, отмечалось значительное улучшение гигиенического состояния ротовой полости, в двух группах появились пациенты, имевшие здоровую десну (рис.2). На данном этапе в обеих группах были достигнуты наилучшие результаты за весь период наблюдения. В первой группе воспаление отсутствовало у 15 человек, что составило 88,2% от общего числа участников группы, во второй группе воспаление не было выявлено у 13 человек и составило 76,5%. За счет этого

произошло уменьшение количества человек с легкой степенью гингивита: в первой группе с 58,8% до 11,8%, во второй группе с 41,2% до 23,5%. Состояние десны, соответствующее гингивиту средней степени тяжести, не было выявлено у пациентов двух групп.

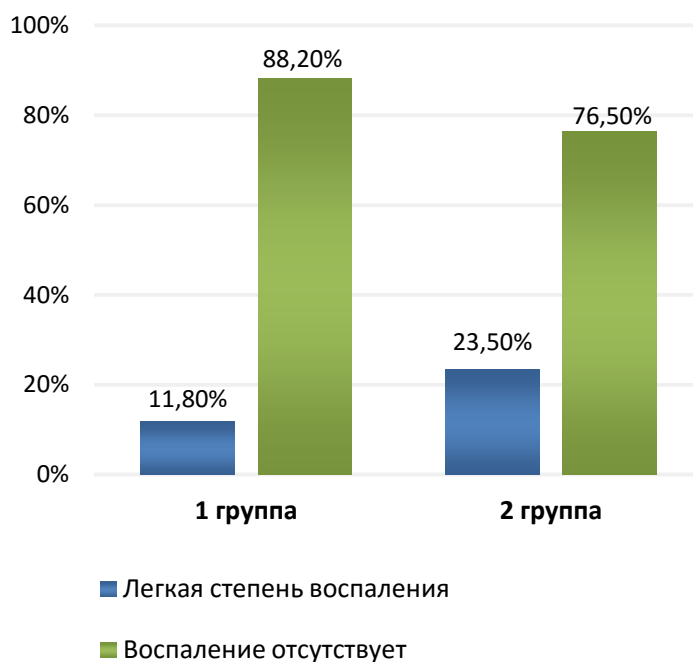


Рисунок 2. Структура групп на II этапе исследования

Наряду с изменением распространенности хронического гингивита, которое отражалось в перераспределении пациентов в структуре групп и появлении пациентов с интактной десной, отмечалось снижение интенсивности воспаления в тканях десны. Если на первом этапе исследования средняя интенсивность воспалительного процесса по индексу РМА в первой группе составляла $29,20 \pm 2,65\%$, то через 3 недели после проведения профессиональной гигиены полости рта стала $1,78 \pm 1,24\%$. Во второй группе произошло снижение данного индекса с $24,44 \pm 1,93\%$ до $2,28 \pm 1,17\%$.

При оценке гигиенического состояния полости рта, было выявлено значительное снижение индекса гигиены ОНI-S (рис.3). В первой группе снижение до $0,52 \pm 0,11$, во второй до $0,82 \pm 0,09$. Значения соответствовали наличию «хорошего» и «удовлетворительного» уровня гигиены полости рта.

При анализе результатов индексов на втором этапе исследования в обеих группах отмечались наилучшие значения, которые не имели между собой достоверных различий ($p>0,05$).

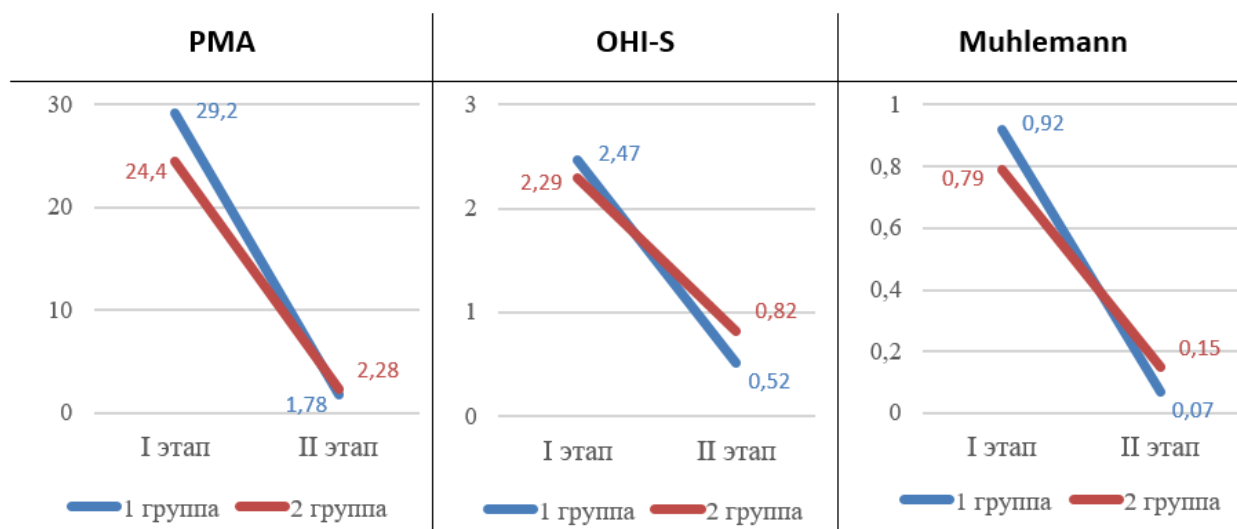


Рисунок 3. Динамика изменения значений индексов в двух группах

Через 3 месяца от начала исследования (III этап) обследование ротовой полости показало следующее. После анализа результатов индексной оценки, стало очевидно, что у пациентов второй группы определялось ухудшение гигиены полости рта, что привело к обострению и значительному приросту гингивита (рис.4). Данные пациенты в большей степени, чем пациенты первой группы, стали нуждаться в проведении контролируемой гигиены полости рта, а также повторной коррекции гигиенического состояния полости рта с помощью профессиональной гигиены. В структуре второй группы сократилось число лиц с интактным пародонтом до 6 человек и соответствовало 35,3%. Появились пациенты с гингивитом средней степени тяжести в количестве 2 человека, что составляло 11,8%. Выросло число пациентов с гингивитом легкой степени тяжести – 9 человек (52,9 %).

Первая группа имела достоверные различия в сравнении со второй, структура распределения пациентов по степени воспаления в тканях десны имела незначительные отличия от предыдущего этапа (II этап). Количество

человек со здоровыми тканями пародонт составляло 76,5%. У 4 человек – 20% присутствовало легкое воспаление.

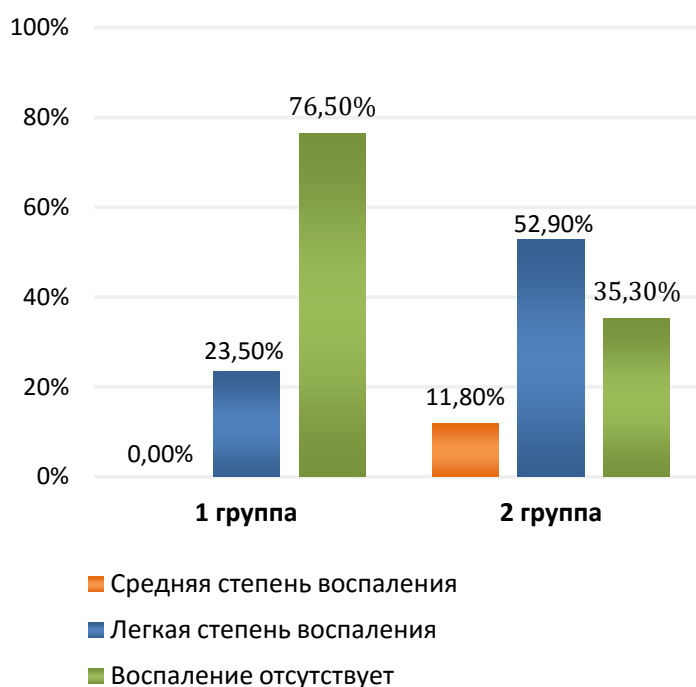


Рисунок 4. Структура групп на III этапе исследования

Оценка уровня гигиены показала достоверно значимое увеличение значений индекса ОНI-S у пациентов второй группы в сравнении с ранее полученными результатами и стала составлять $1,59 \pm 0,15$ (рис.5). Появились лица, у которых отмечалась неудовлетворительная гигиена полости рта, что привело к уменьшению количества человек с хорошим и удовлетворительным уровнем гигиены.

Однако анализ динамики уровня гигиены у пациентов первой группы показал незначительные изменения с предыдущим этапом (II этап). Значения индекса ОНI-S увеличились до $0,84 \pm 0,14$. Лица с неудовлетворительным уровнем гигиены ротовой полости по-прежнему отсутствовали.

Значения индексов РМА и Muhlemann у пациентов первой группы составляли $5,28 \pm 2,41\%$ и $0,18 \pm 0,08$. Во второй группы отмечалось повышение интенсивности воспалительного процесса, что отражалось в

следующих значениях индексов: PMA = $11,79 \pm 2,76\%$; Muhlemann = $0,45 \pm 0,12$.

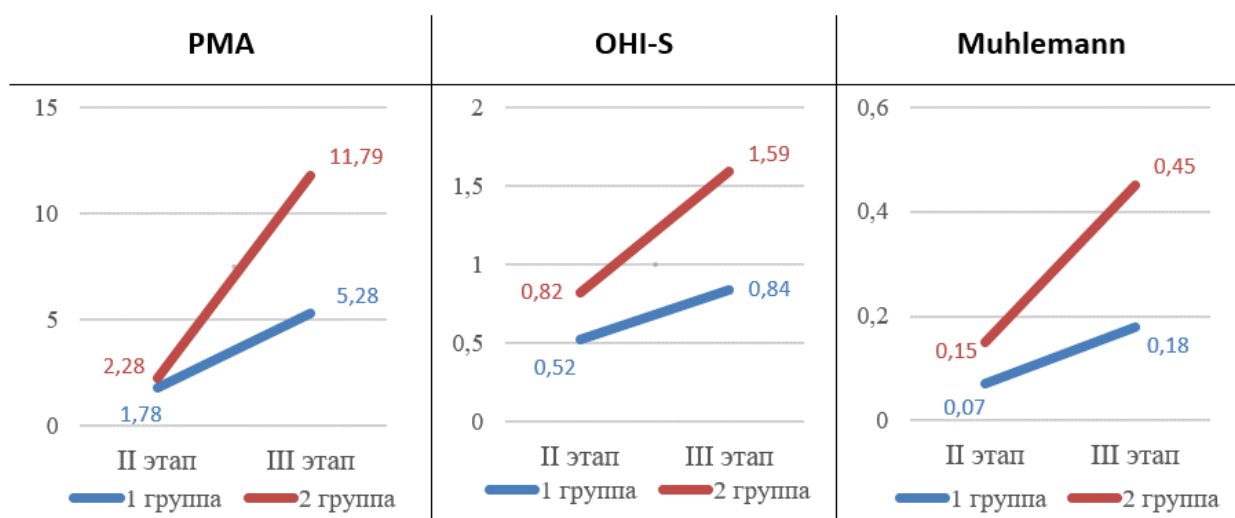


Рисунок 5. Динамика изменения значений индексов в двух группах

При анализе полученных данных на заключительном этапе, проходившем через 6 месяцев от начала исследования, было определено, что интенсивность и распространенность хронического гингивита во 2 группе, продолжали динамически расти в сравнении с предыдущими этапами. В структуре группы произошли значительные перераспределения по степени тяжести воспаления (рис.6). Увеличилось количество пациентов с признаками легкого гингивита, что стало составлять 70,6% - 12 человек, средний гингивит был диагностирован у 17,6% - 3 человек. Количество лиц с интактным пародонтом уменьшилось до 11,8% и соответствовало 2 человекам.

У пациентов 1 группы, определялся стабильно хороший результат, в сравнении с предыдущим этапом исследования изменения были достоверно незначимые ($P > 0,05$). Воспаление отсутствовало у 70,6% - 12 человек, признаки легкого воспаления были отмечены у 29,4% - 5 человек.

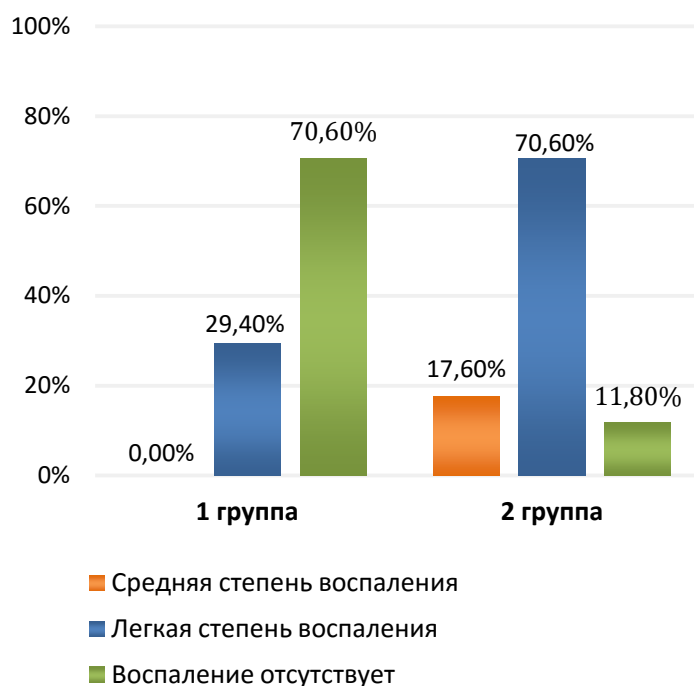


Рисунок 6. Структура групп на IV этапе исследования

Полученные значения индексов не имели достоверно значимых отличий между исследуемыми группами. Однако у пациентов II группы отмечалось увеличение значений индекса ОНI-S до $1,97 \pm 0,16$, что свидетельствовало о недостаточном уровне гигиены полости рта (рис.7). Лица с неудовлетворительным уровнем гигиены полости рта составляли 58,8% - 10 человек, плохой уровень гигиены определялся у 11,8% - 2 человека, значительно уменьшилось количество пациентов с удовлетворительным уровнем гигиены, что составляло 29,4% - 5 человек, лица с хорошим уровнем гигиены отсутствовали. Однако в первой группе хороший уровень гигиены отмечался у 23,5% - 4 человек, удовлетворительный у 41,2% - 7 человек, неудовлетворительный у 35,3% - 6 человек, плохой уровень гигиены не был отмечен.

Значения индексов РМА и Muhlemann у пациентов первой группы составляли $7,62 \pm 3,03\%$ и 0.27. Во второй группы отмечалось повышение интенсивности воспалительного процесса, что отражалось в следующих значениях индексов: РМА = $19,37 \pm 2,54\%$; Muhlemann = $0,73 \pm 0,12$.

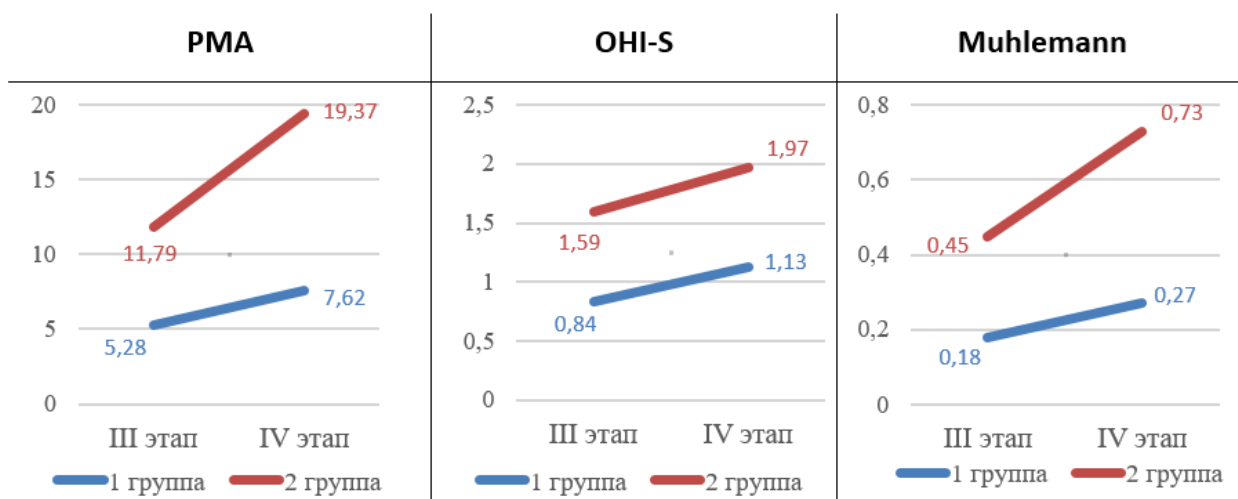


Рисунок 7. Динамика изменения значений индексов в двух группах

3.2 Оценка эффективности лечения в двух группах

На заключительном этапе, проведенном через 6 месяцев от начала исследования, был получен следующий результат (рис.8).



Рисунок 8. Состояние тканей пародонта у пациентов двух групп на начальном и заключительном этапе исследования

В первой группе воспаление в тканях десны отсутствовало у 12 человек, что соответствовало 70,6% от общего числа пациентов. В сравнении с первым этапом исследования, на котором в 100% случаев был диагностирован хронический гингивит, отмечалось значительное снижение распространенности воспалительного процесса, причем все пациенты с гингивитом средней степени тяжести были переведены в группу со здоровым пародонтом, либо в группу с гингивитом легкой степени тяжести. Распространенность легкой степени гингивита уменьшилась в два раза.

Наряду с уменьшением распространенности хронического катарального гингивита в первой группе получилось достичь стойкого и значительного снижения интенсивности воспалительного процесса, что подтверждалось значениями индексов $\text{РМА} = 7,62 \pm 3,03\%$ и $\text{Muhlemann} = 0,27 \pm 0,11$, которые имели достоверно различия от исходных значений ($P > 0,05$).

Полученные данные индекса ОНI-S в первой группе показывают положительное влияние проводимых лечебно-профилактических мероприятий на динамику гигиенического состояния полости рта. На заключительном этапе исследования определялось значительное улучшение гигиены полости, что подтверждало достоверное снижение ($P > 0,05$) значения индекса ОНI-S ($1,13 \pm 0,16$) по сравнению с первым этапом ($2,47 \pm 0,15$).

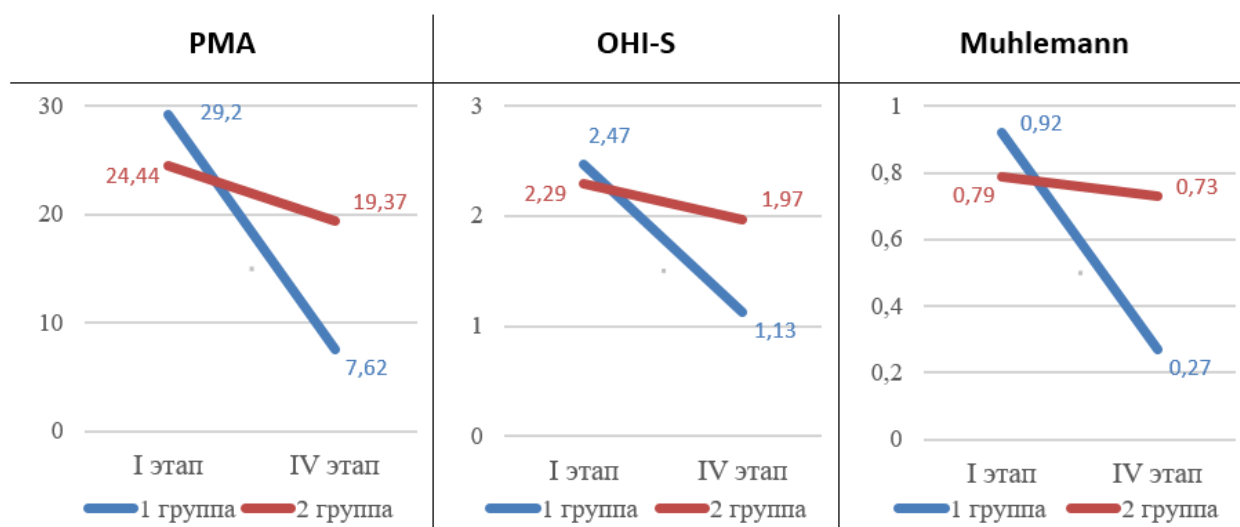


Рисунок 9. Динамика изменения значений индексов в двух группах

Во второй группе, проходившей комплекс лечебно-профилактических мероприятий по стандартной методике, интактный пародонт был диагностирован всего лишь у двух человек, что соответствовало 11,8 %. У трех пациентов - 17,6% произошел регресс к гингивиту средней степени тяжести. Большая часть пациентов (70,6%) имела признаки легкого воспаления.

Спустя 6 месяцев от начала исследования у пациентов 2 группы интенсивность воспаления в тканях десны приблизилась к исходному уровню, что отражалось в значениях индексов РМА = $19,37 \pm 2,54\%$, Muhlemann = $0,73 \pm 0,12$, которые не имели достоверных различий с результатами на первом этапе исследования ($P > 0,05$).

У пациентов второй группы определялись высокие значения индекса гигиены ОНI-S = $1,97 \pm 0,16$. Уровень гигиены полости рта более чем у половины пациентов (58,8%) оценивался как неудовлетворительный, в группе также были выявлены пациенты с плохим уровнем гигиены (11,8%).

Все полученные результаты индексов на каждом этапе лечения отражены в таблице 5.

Таблица 5

Динамика изменения значений индексов у пациентов двух групп на этапах исследования

Номер этапа	РМА			ОНI-S			Muhlemann		
	1 группа	2 группа	P	1 группа	2 группа	P	1 группа	2 группа	P
I	29,20 $\pm 2,65\%$	24,44 $\pm 1,93\%$	$>0,05$	2,47 $\pm 0,15$	2,29 $\pm 0,10$	$>0,05$	0,92 $\pm 0,10$	0,79 $\pm 0,08$	$>0,05$
II	1,78 $\pm 1,24\%$	2,28 $\pm 1,17\%$	$>0,05$	0,52 $\pm 0,11$	0,82 $\pm 0,09$	$<0,05$	0,07 $\pm 0,05$	0,15 $\pm 0,07$	$>0,05$
P	$<0,001$	$<0,001$	-	$<0,001$	$<0,001$	-	$<0,001$	$<0,001$	-
III	5,28 $\pm 2,41$	11,79 $\pm 2,76\%$	$>0,05$	0,84 $\pm 0,14$	1,59 $\pm 0,15$	$<0,05$	0,18 $\pm 0,08$	0,45 $\pm 0,12$	$>0,05$
P	$>0,05$	$<0,05$		$>0,05$	$<0,05$		$>0,05$	$<0,05$	
IV	7,62 $\pm 3,03$	19,37 $\pm 2,54\%$	$<0,05$	1,13 $\pm 0,16$	1,97 $\pm 0,16$	$<0,05$	0,27 $\pm 0,11$	0,73 $\pm 0,12$	$<0,05$
P	$>0,05$	$>0,05$	-	$>0,05$	$>0,05$	-	$>0,05$	$>0,05$	-

3.3 Результаты анкетирования

Оценка уровня мотивации и приверженности к стоматологическому лечению у пациентов двух групп была проведена во время первого и завершающего этапа исследования с помощью анкетирования.

При анализе исходных результатов (таблица 6), полученных в ходе анкетирования на первом этапе исследования, было выявлено, что распределение пациентов в обеих группах по уровню мотивации было приблизительно одинаковым, о чем свидетельствует первоначальное преобладание категорий с уровнем мотивации «ниже среднего» и «низкого» (около 70% участников в каждой группе). Пациенты с уровнем мотивации «средний» и «выше среднего» составляли около 30% от общего числа исследуемых в каждой группе.

У пациентов с «низким уровнем» мотивации чаще всего в полученных ответах основной причиной обращаемости к врачу-стоматологу служило наличие острой боли, однако у всех лиц было диагностировано хроническое воспаление в тканях десны, которое нуждалось в лечении.

Таблица 6

Исходная структура групп по уровню мотивации

Категории мотивации	1 группа	2 группа	Всего
«Выше среднего»	3 (17,6%)	1 (5,9%)	4 (11,8%)
«Средний»	2 (11,8%)	3 (17,6%)	5 (14,7%)
«Ниже среднего»	3 (17,6%)	6 (35,3%)	9 (26,5%)
«Низкий»	9 (53,0%)	7 (41,2%)	16 (47,0%)
Всего	17 человек	17 человек	34 человека

При анализе полученных на заключительном этапе результатов анкетирования было подтверждено положительное влияние на уровень мотивации проведенных лечебно-профилактических и просветительских

мероприятий (таблица 7). У пациентов в двух группах отмечалась тенденция к перераспределению на более высокие уровни мотивации. Однако в первой группе был получен наилучший результат, все пациенты были переведены в категории уровня мотивации «средний» и «выше среднего», пациенты с уровнем мотивации «низким» и «ниже среднего» отсутствовали.

Таблица 7

Структура групп по уровню мотивации на заключительном этапе

Уровень мотивации	1 группа	2 группа	Всего
«Выше среднего»	10 (58,8%)	4 (23,5%)	14 (41,2% %)
«Средний»	7 (41,2%)	6 (35,3%)	13 (38,2%)
«Ниже среднего»	–	3 (17,7%)	3 (8,8%)
«Низкий»	–	4 (23,5%)	4 (11,8%)
Всего	17 человек	17 человек	34 человека

В группе пациентов, получавших индивидуальные рекомендации, определялся значительный прирост «мотивированных» пациентов. Лица с уровнем мотивации «выше среднего» составляли 58,8%, а уровне мотивации «средний» соответственно 41,2% от всего числа участников группы.

Во второй группе, получающей стандартные рекомендации, была отмечена положительная тенденция, что отражалось в приросте пациентов в группу со средним уровне мотивации, которая увеличилась с 17,6% до 35,3%, а в уровень мотивации выше среднего были переведены 3 человека. Однако в данной группе не удалось достичь полного перевода пациентов с «низким» и «ниже среднего» уровнем мотивации, в которые по-прежнему входило 7 исследуемых. Таким образом, полученные в ходе анкетирования результаты отражают практическую эффективность применяемых методов мотивации у пациентов 1 группы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью настоящего исследования являлось изучение эффективности профессиональной гигиены полости рта при лечении воспалительных заболеваний пародонта и влияния мотивационных мероприятий на улучшение качества индивидуальной гигиены.

Для выполнения поставленных задач на базе клиники «Парадная пародонтология» в течение 6 месяцев проводилось исследование, в котором приняли участие 34 пациента в возрасте от 18 до 29 лет с подтвержденным диагнозом хронический гингивит (K05.1 по МКБ-10), без тяжелых сопутствующих патологий.

Программа обследования пациентов включала в себя общепринятые методы: сбор анамнеза и жалоб, внешний осмотр, осмотр полости рта и определение стоматологического статуса с помощью индексной оценки, рентгенологическую диагностику. На каждом из четырех этапов исследования, определялись значения следующих индексов: РМА, ОHI-S, Muhlemann. Дополнительно для изучения уровня заинтересованности и приверженности к стоматологическому лечению на первом и заключительном этапе исследования пациентам было предложено заполнить специально разработанную анкету.

Среди пациентов были сформированы две группы. Первая группа, включала в себя 17 пациентов, находившихся на заключительном этапе ортодонтического лечения, либо в ретенционном периоде. Для повышения заинтересованности к профилактике и лечению воспалительных заболеваний пародонта, а также к выполнению домашнего ухода с пациентами данной группы был проведен комплекс мероприятий, включающих: мотивационную разъяснительную беседу, выдачу индикаторов зубного налета для еженедельного самостоятельного контроля качества чистки зубов, выдачу памятки, содержащей напоминания по уходу за полостью рта. Пациентам было назначено ежедневное применение зубной пасты, на основе

растительных компонентов, обладающей противовоспалительным действием. Во вторую группу, входили пациенты, проходившие санацию полости рта у стоматолога-терапевта. В данной группе применялся стандартный подход к лечению пациентов согласно клиническим рекомендациям СтАР.

При анализе результатов, полученных на I этапе исследования, было достоверно определено, что исходная структура обеих групп по полу, возрасту, а главное распространенности и интенсивности воспалительного процесса не имела статистической разницы ($p > 0,05$). Что подтверждалось следующими значениями индексов. Первая группа: РМА = $29,20 \pm 2,65\%$, ОНI-S = $2,47 \pm 0,15$, Muhlemann = $0,92 \pm 0,10$. Легкая степень гингивита – 58,8% (10 человек), средняя степень гингивита – 41,2% (7 человек). Вторая группа: РМА = $24,44 \pm 1,93\%$, ОНI-S = $2,29 \pm 0,10$, Muhlemann = $0,79 \pm 0,08$. Легкая степень гингивита – 76,5% (13 человек), средняя степень гингивита – 23,5% (4 человека).

Анализ полученных на II этапе исследования результатов позволил оценить эффективность профессиональной гигиены полости рта в лечении хронического гингивита. Было отмечено значительное улучшение гигиенического состояния ротовой полости в обеих группах, что привело к резкому снижению распространенности и интенсивности воспаления. За счет сокращения количества человек с признаками легкого гингивита, а также полного отсутствия пациентов со средней степенью тяжести воспаления, в структуре обеих групп появился высокий процент лиц, имевших здоровую десну. Более того, на данном этапе исследования были достигнуты наилучшие результаты лечения за весь период наблюдения. Снижение индексов и изменение структуры групп произошло следующим образом. Первая группа: РМА = $1,78 \pm 1,24\%$, ОНI-S = $0,52 \pm 0,11$, Muhlemann = $0,07 \pm 0,05$. Воспаление отсутствовало - 88,2% (15 человек), легкая степень воспаления – 11,8% (2 человека). Вторая группа: РМА = $2,28 \pm 1,17\%$, ОНI-S = $0,82 \pm 0,09$, Muhlemann = $0,15 \pm 0,07$. Воспаление отсутствовало – 76,5% (13 человек), легкая степень воспаления – 23,5% (4 человека).

При сравнении полученного результата лечения на заключительном этапе с исходным состоянием десны в обеих группах стало очевидно, что наилучший эффект был достигнут пациентами первой группы, получавших дополнительные мотивационные подкрепления. Это отмечалось значительным и стойким снижением распространённости и интенсивности воспалительного процесса в тканях десны как по сравнению с исходной структурой и значениями индексов в пределах группы, так и в сравнении с полученными результатами второй группы. Что подтверждалось достоверными различиями статистических данных ($P < 0,05$). Во второй группе на заключительном этапе исследования отмечалось обострение гингивита, результаты индексов приблизились к исходному уровню значений и не имели между собой достоверных различий по ряду признаков ($P > 0,05$). Так в первой группе: $\text{РМА} = 7,62 \pm 3,03\%$, $\text{ОHI-S} = 1,13 \pm 0,16$, $\text{Muhlemann} = 0,27 \pm 0,11$. Воспаление отсутствует – 70,6% (12 человек), легкая степень гингивита – 29,4% (5 человек). Во второй группе: $\text{РМА} = 19,37 \pm 2,54\%$, $\text{ОHI-S} = 1,97 \pm 0,16$, $\text{Muhlemann} = 0,73 \pm 0,12$. Воспаление отсутствует – 11,8% (2 человека), легкая степень гингивита – 70,6% (12 человек), средняя степень гингивита – 17,6% (3 человека).

Анализ анкет, заполненных пациентами на начальном этапе, выявил приблизительно равнозначные исходные результаты. Было определено, что около 70% исследуемых в двух группах относились к категориям с «низким» и «ниже среднего» уровнем мотивации. Данные результаты свидетельствовали о низком уровне первичной мотивации и приверженности к выполнению рекомендаций по индивидуальной гигиене полости рта, а также к стоматологическому лечению в целом.

При повторном анкетировании на заключительном этапе исследования был выявлен значительный прирост «мотивированных» пациентов в первой группе, при этом пациенты с «низким» и «ниже среднего» уровнем мотивации в группе отсутствовали. Полученные результаты во второй группе имели положительную тенденцию, но в меньшей степени, чем у пациентов первой

группы. Что подтверждается полученными результатами: в первой группе категории «выше среднего» соответствовало 58,8%, «средней» - 41,2%. Во второй группе «выше среднего» - 23,5%, «средний» - 35,3%, «ниже среднего» - 17,6%, «низкий» - 23,5%.

Таким образом, из всего вышеперечисленного можно сделать вывод, что применение профессиональной гигиены полости рта вместе с проведением мотивационных мероприятий улучшают состояние тканей пародонта и качество индивидуальной гигиены у пациентов с признаками хронического гингивита.

ВЫВОДЫ

Все поставленные задачи исследования были выполнены и сделаны соответствующие выводы.

1) При выполнении профессиональной гигиены полости рта у лиц с хроническим гингивитом отмечалось значительное улучшение гигиенического состояния ротовой полости, которое способствовало снижению распространенности и интенсивности воспалительного процесса в тканях десны. Воспаление отсутствовало: в первой группе у 15 человек (88,2%), во второй группе у 13 человек (76,5%).

2) Лучший эффект по результатам лечения был выявлен у пациентов первой группы, получавших дополнительные мотивационные подкрепления. Было достигнуто значительное и стойкое снижение распространенности и интенсивности воспаления в сравнении с исходным состоянием тканей десны, а также с полученными результатами в «немотивированной» группе. Воспаление отсутствовало в первой группе у 12 человек (70,6%) и значительно меньше у пациентов второй группы - 2 человека (11,8%).

3) Анкетирование выявило низкий уровень первичной мотивации и приверженности к стоматологическому лечению у большинства пациентов (более 70% от общего числа человек в каждой группе). При повторном анкетировании был выявлен значительный прирост пациентов с высоким уровнем мотивации: в первой группе 58,8% исследуемых входило в уровень мотивации «выше среднего» и 41,2% в «средний». У пациентов второй группы отмечались положительные изменения, однако часть пациентов по-прежнему имела уровень мотивации «ниже среднего» - 17,6% и «низкий» - 23,5%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1) Для снижения распространенности и интенсивности воспаления у пациентов с хроническим гингивитом рекомендуется проведение профессиональной гигиены полости рта.

2) Для сохранения долгосрочного результата лечения воспалительных заболеваний пародонта необходимо мотивировать пациента к улучшению индивидуальной гигиены полости рта.

3) Повышению уровня мотивации пациента способствует комплекс мероприятий, включающий в себя: анкетирование, мотивационную беседу, обучение индивидуальной гигиене полости рта, назначение индикаторов зубного налета для еженедельного самостоятельного контроля качества чистки зубов, а также выдача памятки с напоминаниями для пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ашуров К.И., Гринин В.М., Буляков Р.Т. Структура заболеваний пародонта, выявляемых на терапевтическом стоматологическом приеме // Российский стоматологический журнал. - 2012. - №2. - С. 46—47.
2. Дмитриева Л.А. Пародонтология. Национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 703 с.
3. Eke P.I., Dye B.A., Wei L. Periodontal Disease Surveillance workgroup. James Beck (University of North Carolina, Chapel Hill, USA), Gordon Douglass (Past President, American Academy of Periodontology), Roy Page (University of Washington). Prevalence of periodontitis in adults in the United States: 2009 and 2010. J Dent Res, 2012. - P. 914-920.
4. Marsh P.D. Influence of saliva on the oral microbiota / P.D. Marsh, T. Do, D. Bighton, D.A. Devine // Periodontology 2000. – 2016. – Vol. 70. – № 1. – P. 80-92.
5. Dogusal G. Gingival crevicular fluid and salivary resistin and tumor necrosis factor-alpha levels in obese children with gingivitis / G. Dogusal, B. Afacan, E. Bozkurt, I. Sonmez // J. Periodontol. – 2018. – P. 104-106.
6. Водолацкий М.П., Боташева В.С., Павлов А.А., Некрасова А.А. Клинико-морфологическая характеристика воспалительного процесса в тканях пародонта у детей // Вестник новых медицинских технологий. - 2012. - №1. - С. 9.
7. Проценко А.С., Макеева И.М. Факторы, влияющие на распространенность основных стоматологических заболеваний у студенческой молодежи Москвы // Стоматология. - 2010. - №1. - С. 4-6.
8. Макеева И.М., Даурова Ф.Ю., Пятигорская Н.В. Особенности оказания стоматологической помощи иностранным студентам, прибывшим из различных климатогеографических регионов мира // Вестник РАМН. - 2013. - №3. - С. 59-61.

9. Zhanga Y. Human oral microbiota and its modulation for oral health / Zhanga Y., Wanga X., Houxuan L., Can N. // *Biomedicine & Pharmacotherapy*. –2018. – Vol. 99. – Pp. 883-893.
10. Кисельникова Л.П., Ермольев С.Н., Кузнецова Г.И. Оценка эффективности при лечении гингивита у детей по данным функциональных методов исследования // *Институт стоматологии*. - 2016. - №73(4). - С. 80-83.
11. Белоклицкая Г.Ф., Горголь К.О. Ведущие местные факторы риска в развитии воспалительных болезней пародонта у лиц молодого возраста // *Стоматология. Эстетика. Инновации*. - 2017. - №2. - С. 203-217.
12. Masamatti S.S. Periodontal diseases in children and adolescents: a clinician's perspective part / S.S. Masamatti, A. Kumar, M.S. Viridi // *Dent Update*.—2012.— Vol. 39 (8).—P.541—544, 547—548, 551—552.
13. Siddharth M. Periodontal diseases in children and adolescents - a review/ Siddharth M, Singla A, Kaur S. // *JOHR*. – 2013 – Vol. 4(1). – P. 18-23.
14. Иорданишвили А.К., Тихонов А.В., Арьев А.Л. «Возрастная» эпидемиология заболеваний пародонта // *Пародонтология*. - 2010. - №1. - С. 25-28.
15. Романова И.Б., Даурова Ф.Ю. Скученность зубов как фактор риска развития воспалительных болезней пародонта // *Российский стоматологический журнал*. - 2016.-Т. 20, №2. - С. 110-112.
16. Акулович А.В. Индексная оценка клинической эффективности специализированных лечебно-профилактических зубных паст у пациентов с хроническими заболеваниями пародонта // *Пародонтология*. - 2017. - Т. 22, №3. - С. 80-83.
17. Улитовский С.Б. Гигиенический уход при воспаленном пародонте. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 288 с.
18. Веденеева Е.В. Роль стоматологического лечения в улучшении качества жизни пациентов: дис. канд. мед. - М., 2010. - 135 с.

19. Лабис В.В., Базилян Э.А., Козлов И.Г. Бактериальный фактор как участник инфекционно-воспалительного процесса в полости рта // Российский стоматологический журнал. - 2013. - №4. - С. 19.
20. Лукиных Л.М. Оптимизация комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта. НГМА, 2013. - 122 с.
21. Ушаков Р.В., Герасимова Т.П. Механизмы тканевой деструкции при пародонтите // Стоматология. –2017. - № 4. – С. 63-66.
22. Ковалевский А.М., Ковалевский В.А. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта (обзор литературы). Часть 2 // Институт стоматологии. – 2018. - №1. – С. 88-91.
23. Грудянов А.И., Фоменко Е.В. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта. - М.: МИА, 2010. – С. 10-28
24. Abusleme L. The subgingival microbiome in health and periodontitis and its relationship with community biomass and inflammation / L. Abusleme [et al.] // ISME J. – 2013. – Vol. 7 (5). – P. 1016-1025.
25. Baek K. Complex Intratissue Microbiota Forms Biofilms in Periodontal Lesions / Baek K. [et al.] // J. Dent Res. [Epub ahead of print]. – 2017. – Vol.96, № 12. – P. 1451-1458
26. Зорина О.А., Кулаков А.А., Грудянов А.И. Микробиоценоз полости рта в норме и при воспалительных заболеваниях пародонта // Стоматология. - 2011. - №1. - С. 73-78.
27. Островский А.В., Чумаков Ю.Г. Оценка эффективности методов профессиональной и индивидуальной гигиены полости рта у больных генерализованным пародонтитом // Вестник стоматологии. - 2014. - №2(87). - С. 22-28.
28. Гуляева О.А., Буляков Р.Т., Герасимова Л.П., Чемикосова Т.С. Современные методы в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта: монография // Уфа: Изд-во «УралПолиграфСнаб», 2016. – 190 с.

29. Гилева О.С. Консервативно-профилактическая стоматология: современные тренды развития // Пермский медицинский журнал. - 2018. - Том XXXV. №6. - С. 61-72.
30. Herbert F. Wolf , Edith M. & Klaus H. Rateitschak Пародонтология (перевод с нем. под ред. Барера Г.М.). М., 2008. 548 с.
31. Грудянов А.И. Заболевания пародонта. – М.: Издательство «Медицинское информационное агентство», 2009. – 336 с.
32. Большедворская Н.Е., Казанкова Е.М. Этиопатогенетические особенности воспалительных заболеваний пародонта // Безопасность здоровья человека. - 2017. - №3. - С. 26-35.
33. Socransky, S.S. Periodontal microbial ecology / Socransky S.S., Haffajee A.D. // Periodontol 2000. – 2005.–Vol. 38. – P. 135-187.
34. Булкина Н.В., Моргунова В.М. Современные аспекты этиологии и патогенеза воспалительных заболеваний пародонта. Особенности клинических проявлений рефрактерного пародонтита // Фундаментальные исследования. - 2012. - №2 (часть 2). - С. 415-420.
35. Цепов Л.М., Николаев А.И., Наконечный Д.А., Нестерова М.М. Современные подходы к лечению воспалительных генерализованных заболеваний пародонта // Пародонтология. - 2015. - №2(75). - С. 3-9.
36. Кузьмина Э.М., Янушевич О.О. Профилактическая стоматология. - М.: Практическая медицина, 2016. - 544 с.
37. Васильева Н.А., Булгакова А.И., Валеева И.В. Клиническая характеристика местных факторов риска у больных хроническим катаральным гингивитом // Медицинский вестник Башкортостана. - 2015. - №5. - С. 23-27.
38. Грудянов А.И., Фоменко Е.В. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта. - М.: МИА, 210. – С. 10-28.
39. Paster B.J. Bacterial diversity in human subgingival plaque /B.J.Paster [et al.] // J. Bacteriol. – 2001. – №183. – P. 3770-3783.

40. Simon-Soro A. Microbial geography of the oral cavity / Simon-Soro A., Tomas I., Cabrera-Rubi R. et al. // Journal of Dental Research. –2013. –Vol. 92. №7. –P. 616–621.
41. Ximenez-Fyvie L.A. Comparison of the microbiota of supra- and subgingival plaque in health and periodontitis / L.A. Ximenez-Fyvie, A.D. Haffajee, S.S. Socransky // J. Clin. Periodontol. – 2000. – Vol. 27, № 9. – P.648–657.
42. Yang, H. W. Occurrence of Porphyromonas gingivalis and Tannerella forsythensis in periodontally diseased and healthy subjects / H. W. Yang, Y. F. Huang, M. Y. Chou // J. Periodontol. – 2004. – Vol. 75, № 8. – P. 1077-1083.
43. Giano R., Mario A. Diagnosis and treatment of periodontal disease (перевод с итал. под ред. Ломакина М.) - М.: Азбука стоматолога, 2015. - 739 с.
44. Peter F. Fedi, Artur FL Vernino, Jonathan L. Gray Пародонтологическая азбука. - изд. Азбука, 2008. – 119 с.
45. Катола В.М., Комогорцева В.Е. Роль орального микробиома в развитии воспаления и соматической патологии // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. - 2018. - №68. - С. 117-122.
46. Hiranmayi, K.V. Pathogens in Periodontal Microbiology / Hiranmayi K.V. [et al.] // J. Pharm Bioallied. – 2017. – Vol. 9. – P.155-163.
47. Гожая И.Н. Риск развития заболеваний пародонта при наличии хронических социальных стрессоров у клинически здоровых лиц // Пародонтология. – 2012. - №1 . – С. 21-25.
48. Елисеева, А.Ф. Сочетанное поражение пародонта и сердечно-сосудистой системы, клинико-морфологическое и микробиологическое исследование: дис. на соискание ученой степени к.м.н. / А.Ф. Елисеева. – Санкт-Петербург, 2014. – 149 с.
49. Теблоева Л.М., Гуревич К.Г. Факторы риска развития хронического генерализованного пародонтита // Институт стоматологии. – 2014. №2. – С. 54-56.

50. Genco R.J. A proposed model linking inflammation to obesity, diabetes, and periodontal infections / R.J. Genco, S.G. Grossi, A. Ho [et al.] // J. Periodontol. — 2005. — Vol. 76, Suppl. 11. — P. 2075–2084.
51. Armitage, G.C. The biology, prevention, diagnosis and treatment of periodontal diseases: scientific advances in the United States / G.C. Armitage, P.B. Robertson // J. Am. Dent. Assoc. — 2009. — Vol. 140, Suppl. 1. — P. 36S–43S.
52. Armfield J.M. Socioeconomic and psychosocial correlates of oral health / J.M. Armfield, G.C. Mejía, L.M. Jamieson // Int. Dent. J. — 2013. — Vol. 63, № 4. — P. 202–209.
53. Albandar J.M. Cigar, pipe, and cigarette smoking as risk factors for periodontal disease and tooth loss / J.M. Albandar, C.F. Streckfus, M.R. Adesanya, D.M. Winn // J. Periodontol. — 2000. — Vol. 71, № 12. — P. 1874–1881.
54. Awan K.H. Knowledge and attitude of tobacco use and cessation among dental professionals / K.H. Awan, M.K. Hammam, S. Warnakulasuriya // Saudi Dent. J. — 2015. — Vol. 27, № 2. — P. 99–104.
55. Joveini H. Factors Associated with Hookah Smoking among University Students // H. Joveini, T. Dehdari, H.E. Ardebili [et al.] // Electronic Physician. — 2016. — Vol. 8, № 12. — P. 3403–3408.
56. World Health Organization. The World Oral Health Report. Geneva. 2003.
57. Ekuni D. Association between Knowledge about Comprehensive Food Education and Increase in Dental Caries in Japanese University Students: A Prospective Cohort Study / D. Ekuni, M. Kunitomo, S. Mizutani // Nutrients. — 2016. — Vol. 8, № 3. — P. 114.
58. Brook I. Microbiology and management of periodontal infections. / Brook I. // Gen Dent. — 2003. — Vol. 51, № 5. — P. 424–8.
59. Грудянов А.И., Григорьян А.С, Фролова О.А. Болезни пародонта: патогенез, диагностика, лечение. - М.: 2004. - 320 с.
60. Daly C.G. Bacteremia due to periodontal probing: a clinical and microbiological investigation / C.G. Daly, D.H. Mitchell, J.E. Highfield, D.E. Grossberg, D. Stewart // J. Periodontol. — 2001. — Vol. 72, № 2. — P. 210–214.


61. Янушевич О.О., Гринин В.М., Почтаренко В.А. и др. Заболевания пародонта. Современный взгляд на клинико-диагностические и лечебные аспекты. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 160 с.
62. Axelsson P., Lindhe J., Nystrom B. Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease/ Results after 15-year longitudinal study in adults. J Clin Periodontol 18: 182-89 (1991).
63. Орехова Л.Ю. Заболевания пародонта. - М.: Поли Медиа Пресс, 2004. - 432 с.
64. Addy M. Chemical plaque control in prevention of gingivitis and periodontitis / M. Addy, J. Moran, W. Wade // Proceedings of the 1st European Workshop on Periodontology. – 1994. – P. 244-257.
65. Hiranmayi K.V. Pathogens in Periodontal Microbiology / Hiranmayi K.V. [et al.] // J. Pharm Bioallied. – 2017. – Vol. 9. – P.155-163.
66. Krishnan K. A practical guide to the oral microbiome and its relation to health and disease / K.Krishnan, T. Chen, B.J. Paster // Oral Dis. – 2017. – Vol. 23, № 3. – P. 276–286.
67. Кузьмина Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России. – М.: МГМСУ, 2009. – 225 с.
68. Davies R.M. Preventing Dental Caries: Part 1. The scientific rationale for preventive advice / R.M. Davies // Dent. Update. — 2013. — Vol. 40, № 9. — P. 719–720.
69. Petersilka G., Faggion Jr. CM, Stratmann U, Gerss J, Ehmke B, Haeberlein I, Flemmig TF. Effect of glycine powder air polishing on the gingiva J Clin Periodontol 2010.
70. Eick S., Bender P., Flury S. at al. In vitro evaluation of surface roughness, adhesion of periodontal ligament fibroblasts, and streptococcus gordonii following root instrumentation with gracey Curettes and subsequent polishing with diamond-coated curretes // Clin Oral Investig. – 2012. – Apr.№17. P.97-98.

71. Flemmig T.F., Hetzel M., Topoli H., Gerss J., Haeberlein I., Petersilka G. Subgingival debridement efficacy of glycine powder air polishing /Journal of Periodontology 2007 v78 n6.-39.
72. Gregor J. Petersilka Subgingival air-polishing in the treatment of periodontal biofilm infections // Periodontology. 2010. № 55. P. 124–142.
73. Березина Н.В., Силантьева С.М., Кривонос С.М. Применение современных средств в комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта // Стоматология для всех. - 2017. - №2. - С. 26-30.
74. Соловьева А.М. Зубные пасты с местными антисептиками и их роль в комплексном лечении основных стоматологических заболеваний // Институт стоматологии. – 2011. – № 1. – С. 40-43.
75. Михальченко В.Ф., Фирсова И.В., Крайнов С.В. Новые подходы к местной противовоспалительной терапии хронического катарального гингивита // Маэстро стоматологии. - 2018. - №1(69). - С. 22-26.
76. Янушевич О.О., Атрушкевич В.Г., Айвазова Р., Соколова Е.Ю. Применение безлекарственных антисептических средств в комплексном лечении хронического пародонтита // Dental Forum. - 2017. - №1. - С. 63-67.
77. Гончарова Е.И. Растительные средства в профилактике и лечении заболеваний пародонта // Российский стоматологический журнал. – 2012. – № 3. – С. 48-52.
78. Грудянов А.И., Фоменко Е.В. Методы консервативного лечения воспалительных болезней пародонта. - М.: 2013. - 87 с.
79. Герасимова Л.П., Хайбуллина Р.Р., Кабирова М.Ф. Микробиологическая оценка состояния полости рта у пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями пародонта // Уральский Медицинский журнал серия Стоматология. - 2017. - №7. - С. 42-45.
80. Латышева С.В., Абаимова О.И. Клиническая оценка использования флоссинга при проведении профессиональной гигиены // Стоматолог. - 2013. - №2 (9). - С. 23–25.


81. Олейник О.И., Коровкина А.Н., Кубышкина К.П. Способ повышения мотивации пациентов с начальными формами воспалительных заболеваний пародонта к проведению лечебно-профилактических мероприятий // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. №3. – С. 37-40.
82. Croffoot C.K. B. Evaluating the effects of coaching to improve motivational interviewing skills of dental hygiene students / C.K. Croffoot // J. Dent. Hyg. — 2010. — Vol. 84, № 2. — P. 57–64
83. Савина Е.А., Булкина Н.В., Ломакина Д.О., Олевская О.А. Психотерапевтические приемы при проведении лечебно-профилактических мероприятий в рамках деонтологического поведения врача стоматолога-терапевта // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. - Т.7.- №3. - С. 683 - 689.
84. Кудрявцева Т. В., Тачалов В. В., Лобода Е. С., Орехова Л. Ю., Нечай Е. Ю., Шаламай Л. И. Изучение приверженности пациентов стоматологической клиники к соблюдению профилактических мероприятий в полости рта. Пародонтология - 2019 - №24(2). С. 167 - 172.
85. Soolari A. Compliance und ihre Bedeutung bei der erfolgreichen Behandlung einer fortgeschrittenen Parodontitis. Literaturiibersicht und Fallarstellung // J. Qunntessenz. – 2002. – Vol. 53, № 12. – S. 1321–1328.
86. Иванова Е. И. Мотивация обращения пациентов за пародонтологической помощью // Молодой ученый. — 2014. — №6. — С. 298-301.
87. Кунин А.А., Олейник О.И., Беленова И.А. Методологические аспекты диагностики и выбора индивидуальных профилактических мероприятий при воспалительных заболеваниях пародонта // Материалы IV Международной научной конференции молодых ученых-медиков, 25-26 февр. 2010 г.– Курск: КГМУ. - 2010. - С. 166-170.
88. Агранович Н. В., Мхитарян А.К., Агранович В.О. Формирование здорового образа жизни в профилактике стоматологических заболеваний у населения молодого возраста // Вестник Ставропольского государственного университета. - 2012. -№ 80 (3). - С. 234 - 237.

89. Цепов Л.М., Голева Н.А. Работа врача-стоматолога по формированию ответственности пациента за свое здоровье // Стоматология детского возраста и профилактика. - №1. – 2009. - С. 3 - 6
90. Анисимова Н.Ю., Анисимова Е.Н., Рабинович С.А., Сирота Н.А. Способ структурированного мотивационного интервьюирования в практике врача-стоматолога // Сборник Научных трудов XVIII международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов «Новые технологии в стоматологии», СПб. 2013.- С. 23.
91. Аверьянов С.В., Ромейко И.В., Пупыкин Е.В. Интервьюирование как метод определения уровня санитарно-гигиенических // Проблемы стоматологии. — 2015. — № 1. — С. 4–7.

Памятка с рекомендациями по индивидуальной гигиене полости рта



Памятка пациенту



- #### 1 Чистка зубов

Проводится 2 раза в сутки, после завтрака и ужина с использованием зубной пасты R.O.C.S. "Бионика" на ежедневной основе
- #### 2 Использование зубной щётки:

 - с брекет - системой используется V-образная ортодонтическая зубная щетка средней степени жесткости
 - с ретенционной системой используется стандартная зубная щетка средней жесткости

Для очищения полости рта вне дома, после каждого приёма пищи ополаскивать полость рта водой
- #### 3 Использование дополнительных средств гигиены:

 - флоссы для очистки межзубных промежутков
 - ершики и суперфлоссы для очистки пространства под дугой и вокруг брекетов
 - монопучковая зубная щётка для очистки боковых зубов, пришеечной части зуба и брекетов
 - скребок для чистки языка
 - индикатор налёта "Динал" 1 раз в неделю
- #### 4 Ограничения в питании на время лечения:

 - липких продуктов (ириски, халва, жевательная резинка)
 - твёрдых продуктов (орехи, сухари)
 - следует избегать сладких напитков
 - морковь, яблоки, груши следует употреблять в измельчённом виде

Разработанная анкета «Стоматологического здоровья»

Ф.И.О.	Дата
1. Можете ли вы оценить свой уровень гигиены полости рта, как «высокий»?	1. Да 2. Нет
2. Считаете ли вы посещение стоматолога с целью профилактики необходимым?	1. Да 2. Нет
3. Считаете ли вы потерю зубов «угрозой» вашему здоровью?	1. Да 2. Нет
4. Получали ли вы ранее рекомендации от стоматологов по домашнему уходу за полостью рта?	1. Да 2. Нет
5. Выполняете ли вы рекомендации по гигиене полости рта от врачей-стоматологов?	1. Да 2. Нет
7. Можете ли утверждать, что реклама в СМИ не оказывает влияния на ваш выбор средств для домашнего ухода за полостью рта?	1. Да 2. Нет
8. Обучали вас ранее технике чистки зубов?	1. Да 2. Нет
9. Проходили ранее контролируемую чистку зубов в кабинете у стоматолога?	1. Да 2. Нет
10. Пользуетесь ли вы дополнительными средствами гигиены? (ершики, зубная нить, скребок для языка и др.)	1. Да 2. Нет
11. Меняете ли вы зубную щетку раз в 2-3 месяца?	1. Да 2. Нет
12. Чистите ли вы зубы 2 раза в день?	1. Да 2. Нет
13. Соблюдаете ли временной режим чистки зубов (3-5 минут)?	1. Да 2. Нет
14. Отсутствует ли у вас ощущение налета на зубах?	1. Да 2. Нет
15. Отсутствует ли у вас неприятный запах изо рта (несвежее дыхание)?	1. Да 2. Нет
16. Отсутствует ли у вас кровоточивость десен?	1. Да 2. Нет
17. Считаете ли вы необходимым посещать процедуру профессиональной гигиены полости рта?	1. Да 2. Нет
18. Проводимая ранее профессиональная гигиена являлась ли полезной для вас?	1. Да 2. Нет
19. Можете ли утверждать, что обращаетесь к стоматологу не только при наступлении острой боли?	1. Да 2. Нет
20. Можете ли вы утверждать, что посещение стоматолога не вызывает у вас негативных эмоций?	1. Да 2. Нет